PROTOKÓŁY POSIEDZEŃ

TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO ŁÓDZKIEGO

ZA ROK 1933

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Protokół z posiedzenia w dniu 4 stycznia 1933 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Banasz przedstawia przypadek *nefralgji lewostronnej*, operowany w szpitalu w Radogoszczu sposobem Patin'a t. zw. *enérvation du rein*. Chora lat 18, od 8 miesięcy stałe ataki kolki nerkowej — do 2 razy w tygodniu, zastrzyki morfiny. Wszelkie badania urologiczne i rentgenologiczne wykazały normalne stosunki. Po dekapsulacji nerki została zdarta z miedniczki sieć nerwów współczulnych. Od czasu operacji (12 tygodni) ani jednego ataku bólów, samopoczucie zupełnie dobre.

2. Kol. Kalisz przedstawia 3 chorych: a) 45-letni pacjent *przed 18 laty miał usuniętą lewą nerkę*. Objawy kamicy po stronie prawej, w czerwcu r. b. atak silny, mocznica. Zdjęcie rentgenowskie negatywne. Pyelografja dożylna wykazała rozszerzenie miedniczki. Przy operacji znaleziono duży kamień w moczowodzie, który usunięto. Przebieg i stan pooperacyjny pomyślny.

b) 11-letni chłopiec *kilkakrotnie operowany po zapaleniu szpiku kostnego prawego uda;* złamanie patologiczne, szew kostny, ponowna *fractura*. Udo skrócone o 11 cm. Złamanie w dawnem miejscu, rodzaj pseudoartrozy. Przeszczepiono kawałek kości z lewej piszczeli. Następnie zdjęcia rentgenowskie wykazują bardzo udany wynik transplantacji.

c) 22-letni pacjent *od 13 lat cierpi na gruźlicę kolana*. Przeszczepiono mu paraartykularnie wolny odłam piszczeli. Wynik bardzo pomyślny, bóle ustąpiły, gorączka znikła. Staw sztywny, lecz niebolesny.

3. Kol. T. Mogilnicki wygłosił odczyt p. t.: *„Kształcąca rola szpitala"*.

Dobrze urządzony szpital kształci chorych, personel pielęgniarski i lekarzy. Chorzy uczą się zasad czystości i higjeny, pozatem kształcą się zapomocą następujących czynników: bibljotek dla chorych, względnia radja, w szpitalach psychjatrycznych zapomocą pracy i umiejętnie stosowanych rozrywek, w szpitalach dla chronicznie chorych dzieci — przez normalnie prowadzone nauczanie. Największe bibljoteki dla chorych posiadają szpitale psychjatryczne, następnie sanatorja dla gruźliczych chorych. Ze szpitali ogólnych najbogatszy księgozbiór ma Szpital Dzieciątka Jezus w Warszawie, ze szpitali dziecięcych Szpital Anny Marji w Łodzi.

Nauczanie chronicznie chorych dzieci odbywa się w Witkowicach, w Zakopanem, na Górce, w Siewierzu i Białymstoku.

Specjalne szkoły dla pielęgniarek istnieją przy następujących szpitalach: przy szpitalu Starozakonnych w Warszawie i Szpitalu im. Bersonów i Baumanów.

W Dziekance, w Tworkach i niektórych innych szpitalach urządzane są specjalne kursy dla pielęgniarek.

Wielki szpital kształci wszystkich pracujących w nim lekarzy, uzupełniając wykształcenie uniwersyteckie. Materjał naszych szpitali jest znacznie większy, niż Klinik uniwersyteckich. Szpital tylko wtedy jest dobrą szkołą dla lekarży, jeżeli jest odpowiednio uposażony, ma zasobną bibljotekę naukową i jeżeli kierownik szpitala i ordynatorzy naukowo opracowują materjał szpitalny.

Doroczne Posiedzenie Administracyjne.

1. Kol. Frenkiel odczytał projekt regulaminu nagrody konkursowej imienia Dra Seweryna Sterlinga. Regulamin został przyjęty.

2. Przyjęto następujący wniosek Zarządu: „Postanawia się zapisać Towarzystwo Lekarskie, jako osobę prawną, na członka Polskiego Towarzystwa Balneologicznego i założyć w bibljotece Towarzystwa specjalny dział, dotyczący uzdrowisk krajowych. Wyznaczyć jeden względnie dwa wieczory w roku na odczyt balneologiczny i zwrócić się do Polsk. Towarzystwa Balneolcgicznego o wyznaczenie na ten cel prelegentów".

3. Odczytano i przyjęto sprawozdania: a) sekretarza, b) sekcyj Towarzystwa Lekarskiego, c) bibljotekarza, d) skarbnika, e) Komisji Rewizyjnej.

Sprawozdanie Skarbnika Tow. Lek. Łódzkiego za rok 1932.

Przychód Tow. wyniósł	zł.	10.010.50
a mianowicie: składki bieżące i zaległe	„	9.142.—
pozostałość w banku	„	76.48
Saldo z r. 1931	„	792.02
Razem	zł	10.010.50
Rozchód Tow. wyniósł	zł.	9.907.05
a mianowicie: komorne	„	2.901.45
wydatki na bibljotekę	„	3.105.—
wydatki sekretarza	„	1.112.90
inkaso	„	1.351.50
różne	„	1.436.20
Razem	zł.	9.907.05
Saldo na 1-go stycznia 1933 r.	zł.	103.45

W wydatkach różnych uwzględniono następujące sumy: zł 700.— za popiersie z podstawą bł. p. Dra. Sterlinga, zł 200.— za nekrologi i wieniec i zł 100.— na Kasę Mianowskiego. Z przykrością zaznaczyć muszę, że składki od kolegów wpływały w roku ubiegłym bardzo opieszale, zaległości przekraczają zł 2.000.— wskutek tego nie mogę odliczyć na budowę Domu Tow. Lekarskiego żadnej określonej sumy. (Rachunek budowy Domu wynosi zł 5.107.29).

Nastąpiły wybory członków Zarządu, Komisji Rew. i balotowanie nowych członków.

Protokół posiedzenia w dniu 18 stycznia 1933 r.

1. Kol. Trawiński przedstawił chorego, który podczas pracy doznał *przygniecenia jamy brzusznej zapomocą śruby*. Nazajutrz po wypadku chory przybył do Szpitala im. Prez. Mościckiego i w 26 godzin po wypadku wobec zapalenia otrzewnej został operowany. W jamie brzusznej stwierdzono żółtawy płyn i resztki pokarmu, pętle jelit silnie nastrzyknięte, rozlane zapalenie otrzewnej z nalotami. Jako przyczynę zapalenia — wykryto przedziurawienie jelita biodrowego. Otwór zamknięto, jamę brzuszną zaszyto na głucho, pozostawiono sączek. Pozatem chory otrzymywał dożylnie 10% soli kuchennej. Po 2 dniach nastąpiło samoistne wypróżnienie, po 4 dniach minęła pareza kiszek. Doniosłe znaczenie Kol. Trawiński przypisuje stosowaniu soli kuchennej dożylnie.

W dyskusji: Kol. Kalisz zwraca uwagę na pomyślny wynik przypadku uszkodzenia jamy brzusznej pomimo stosunkowo późno dokonanej operacji. Zazwyczaj przypadki operowane po 12 godzinach dają 50% zgonów, a przypadki operowane po 24 godzinach uważane są za stracone; dalej zwraca uwagę na błahy moment urazowy oraz na sposób operowania, mianowicie — zaszywanie jamy brzusznej na głucho oraz wlewanie dożylne hipertonicznych roztworów soli kuchennej.

Kol. Tenenbaum przypisuje pomyślne zejście raczej dużej odporności ustroju, a nie stosowaniu soli kuchennej.

Kol. Kalisz widzi właśnie w stosowaniu soli kuchennej zbawienny środek, gdyż na 7 podobnych przypadków przy tej metodzie leczniczej miał 5 pomyślnych wyników.

2. Kol. H. Makower wygłosił odczyt p. t.: *„Zmienność bakteryj i jej znaczenie dla kliniki"*.

W dyskusji zabierali głos Kol. Żurkowski i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 25 stycznia 1933 r.

1. Kol. Gliksman przedstawił przypadek *białaczki szpikowej*.

Chory w 10 roku życia skaleczył się gwoździem; chorował wtedy przez parę miesięcy i od tego czasu czuł się zawsze osłabiony, osowiały, ociężały. W r. 1926 stwierdzono podczas pobytu chorego w Berlinie — powiększenie wątroby; badania

krwi wtedy nie dokonano. W r. 1932 w Paryżu wystąpiły bóle gardła. Postanowiono dokonać tonsilektomji. Czas krzepliwości krwi wynosił 14 minut. Otrzymywał przez 10 dni *Calcium*. Podczas operacji wystąpił bardzo obfity krwotok, który ledwo opanowano. Obecnie stwierdza się dużą śledzionę. Badanie krwi wykazało białaczkę szpikową; leczył się (niedawno) w ciągu 10 tygodni w Berlinie u Schillinga. Zpoczątku stan chorego był bardzo ciężki, we krwi znaleziono 24% myelocytów. Leczony był naświetlaniami Roentgena, zpoczątku bez wyniku, następnie naświetlaniem co 2 dni śledziony oraz całego ciała. Nastąpiła znakomita poprawa. Ilość leukocytów z 300.000 spadła do 17.000; w dniu dzisiejszym naliczono 16.000 leukocytów, 10% limfocytów. Przybyło na wadze 8 kg. Chory nie gorączkuje, śledziona ledwie wyczuwalna. Przypadek zasługuje na uwagę, zdaniem kol. Gliksmana i z tego powodu, że należy rozstrzygnąć, czy krwotok nastąpił wskutek tonsilektomji, czy schorzenie migdałków było już objawem istniejącej białaczki.

W dyskusji nad pokazem zabrał głos Kol. M a z u r.

2. Kol. K r y s z e k wygłosił odczyt p. t.: *„Współczesne poglądy na wartość tętniczego parcia krwi"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem zabrali głos Kol. G l i k s m a n i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 8 lutego 1933 r.

1. Kol. R u e g e r wygłosił dłuższe wspomnienie pośmiertne o Sekretarzu Stałym, Założycielu i Członku Honorowym Towarzystwa Lekarskiego ś. p. Drze med. Józefie K o l i ń s k i m.

2. Kol. Wł. D z i e r ż y ń s k i wygłosił odczyt p. t.: *„Porażenie nerwu oko-ruchowego pochodzenia zakaźnego"*.

Porażenie nerwu względnie korzonków lub jąder oko-ruchowych bywa na tle rozmaitych zakażeń ogólnych i miejscowych (nagminne zapalenie mózgu, rozmaite postacie zapaleń opon mózgowych, kiła i inne). Objawy dodatkowe i przebieg choroby zwykle umożliwiają prawidłowe rozpoznanie. W większych podręcznikach neurologji okulistycznej i w pismach spotyka się opisy poszczególnych przypadków porażeń mięśni oko-ruchowych na tle grypy. Jednakowoż ani badania bakterjologiczne, ani dane kliniczne nie upoważniają do ścisłego ustalenia podłoża tych przypadków. Autorzy rozpoznawali grypę widocznie spowodu pomyślnego przebiegu choroby, a może wskutek jednoczesnych zmian nieżytowych w górnych odcinkach dróg oddechowych. Są to jednakże dane niewystarczające dla kategorycznego rozpoznawania grypy.

W ostatnich czasach obserwował 7 przypadków z prawie stereotypowem przebiegiem porażenia nerwu oko-ruchowego. Stereotypowość kliniczna i znaczna ilość przypadków pozwala na ich wyodrębnienie i na uzasadnione przypuszczenie obecności swoistego zakażenia powodującego tę chorobę.

Na początku choroby zwykle występują bóle głowy, a w szczególności w okolicy nadoczodołowej po stronie prawej lub lewej; czasami jednocześnie mdłości a nawet wymioty. Ciepłota ciała w przypadkach obserwowanych od początku podnosi się do 37,5°—38,0° i nieprawidłowo waha się. Jednocześnie mogą wystąpić objawy nieżytowe błon śluzowych nosa i gardła. Po kilku dniach dołącza się do tych objawów opadnięcie powieki górnej po stronie bólów nadoczodołowych całkowite lub częściowe, czem niekiedy ogranicza się porażenie nerwu oko-ruchowego. W przypadkach ciężkich bywa porażenie wszystkich mięśni unerwionych przez ten nerw; najczęściej stwierdza się opadnięcie powieki górnej i mierne rozszerzenie źrenicy. Badanie moczu w pierwszych 1—3 tygodniach choroby wykazuje obecność krwinek czerwonych, wałeczków szklistych i leukocytów. W płynie mózgowo-rdzeniowym pleocytoza i dodatnie odczyny globulinowe. W 2 przypadkach stwierdzono we krwi zwiększenie kwasochłonnych (14% i 8%). Choroba przebiega pomyślnie. Po 1—2 tygodniach ciepłota przestaje się podnosić; bóle nadoczodołowe zmniejszają się. Samopoczucie chorych polepsza się; krwinki w moczu i pleocytoza w płynie m.-rdz. znikają; ilość kwasochłonnych zmniejsza się. Niekiedy polepszenie zaznacza się później, mianowicie po 3—4 tygodniach. Następnie zaczynają ustępować objawy porażenia nerwu oko-ruchowego. Po 4—6 tygodniach chorzy całkowicie poprawiają się. W dwóch przypadkach (na 7) pozostała na stałe mierna ptoza, nieprzeszkadzająca patrzeniu.

Prelegent przytoczył przebieg choroby w poszczególnych przypadkach i demonstrował fotografje pacjentów.

W dyskusji: Kol. Frenkiel uważa, że tych porażeń nerwu okoruchowego nie należy traktować jako odrębną jednostkę chorobową, a raczej jako zespół objawów — podobnie jak neuralgje występujące podczas epidemji grypy nie przesądzają kwestji czy istnieją samodzielne jednostki chorobowe typu neuralgji.

Kol. Klozenberg uważa, że jest to tylko pewnego rodzaju lokalizacja schorzenia; jest to jedna z postaci *encephalomyelitis disseminata.*

Kol. Spiro przed paru tygodniami obserwował podobny przypadek.

Kol. Margolis I. również obserwował taki przypadek.

Kol. Tenenbaum jest zdania, że jest przedwcześnie mówić o nowej jednostce chorobowej zakaźnej, dopóki nie wyodrębniono zarazka chorobotwórczego; zapytuje prelegenta, czy dokonywano badań bakterjologicznych i doświadczalnych.

W odpowiedzi: Kol. Dzierżyński zaznacza, że grypa może uczulać układ dla powstawania nowego zakażenia, że rzeczywiście spotyka się dużo postaci *encephalomyelitis disseminata,* że istnieje szereg schorzeń zakaźnych bez wykrytych zarazków je wywołujących, że badań doświadczalnych i bakterjologicznych nie robiono.

3. Kol. Dzierżyński omawia *6 rzadszych przypadków neurologicznych, demonstruje fotografje tych przypadków i preparatów mikroskopowych.*

I. K. J. 34 lat. 6. XII. 1932 — 17. I. 1933. 7 porodów, 5 dzieci zmarło; uprzednio dur brzuszny. Obecna choroba rozwijała się stopniowo od 3 miesięcy; znacznie wychudła.

7. XII. 1932. Ogólne wyniszczenie i osłabienie. Waga 27,400 kg, przy wzroście 140,5 cm. W narządach wewnętrznych brak zmian wyraźniejszych. Od roku brak menstruacji; macica i przydatki bez zmian. Nerwy czaszkowe: 1. Węch zachowany obustronnie. 2. Dno oka bez zmian; pr. — wzrok upośledzony spowodu zapalenia rogówki (zmętnienie). 3, 4, 6. Prawa strona: całkowite opadnięcie powieki górnej; gałka oczna w pozycji środkowej i nie porusza się wcale; źrenica rozszerzona paralitycznie i nie reaguje na światło; całkowite znieczulenie rogówki i spojówki. Lewa strona: szpara oczna prawidłowa, ruchy gałki ocznej zachowane we wszystkich kierunkach lecz nieco ograniczone; źrenica prawidłowa. 5. Żuchwa odchyla się na lewo, zwłaszcza przy rozwieraniu; napięcia żwaczy nie wyczuwa się z obu stron; po stronie prawej znieczulenie w obrębie nerwu ocznego i obniżenie czucia nn. szczękowego i żuchwowego. 7. Bezwład wszystkich mięśni twarzowych prawych. 8. Narząd słuchu i równowagi bez zmian. 9, 10. Smak posiada, lecz nie można go zbadać szczegółowo; mowa niewyraźna, nosowa; porażenie podniebienia miękkiego; przy połykaniu płyny wyciekają przez nos, chory krztusi się; tętno 110 na min.; znaczne ślinienie, ślina stale wycieka z ust. 11. Zanik i bezwład pr. m. mostkowo-obojczykowo-sutkowego, zanik $^1/_2$ m. czworobocznego prawego. 12. Zanik prawej połowy języka. Pozatem układ nerwowy bez zmian. Odczyny kiłowe we krwi ujemne.

8. XII. 1932 — 16. I. 1933. Postępujące ogólne wychudzenie i osłabienie; połykać wcale nie może, mowa zupełnie niewyraźna.

17. I. 1933. Zmarła.

Sekcja: Nowotwór wypełniający zatokę szczękową lewą, klinową, przechodzący na podstawę czaszki i przenikający do otworów podstawy po stronie prawej i lewej; po stronie prawej nowotwór przerosł do jamy czaszkowej przez *foramen lacerum*, przerósł twardówkę i doszedł do kory bieguna płatu skroniowego. W narządach wewnętrznych brak przerzutów. Histologicznie — *carcinoma ceratodes*.

II. W. J. 60 lat. 11. III. 1932 — 18. IV. 1932. W 30 roku życia zauważył guzowatości pod skórą, które stopniowo powiększały się i czyniły się coraz liczniejsze. Od 5—6 lat te guzy nie powiększają się. Od r. 1920 stopniowo rozwija się osłabienie kończyn dolnych, które nasila się do czasu ostatniego. Odczuwa też bóle w krzyżu przy ruchach.

13. III. 1932. Prawie na całem ciele guzy podskórne wielkości od bobu do dużej pomarańczy, niebolesne na ucisk, zrazikowe, miękkie. Najwięcej i największe w okolicy powłok brzusznych, lędźwi i krzyża; na kończynach guzy mniejsze.

Neurologicznie: Odruchy brzuszne bardzo żywe. Chód spastyczno-paretyczny. Napięcie mięśni w kkd. wzmożone. Lekki niedowład kkd., najbardziej zginania ud. Wzmożenie odruchów kolanowych i achillesowych, obustronny Rossolimo. Czucie —

normalne. Czynności miednicowe prawidłowe. Płyn mózgowo-rdzeniowy: odczyny kiłowe ujemne, białko — 0,12%, Nonne-Apelt słabo dodatni, Weichbrodt i Pandy dodatnie; domieszka krwi. Krew: odczyny kiłowe ujemne. Lipjodol: cała masa opuściła się na dno worka rdzeniowego; poszczególne krople zatrzymały się na poziomie Th 8 i Th 10.

Biopsja guzu na przedramieniu wykazała tłuszczak *(lipoma)* bez histologicznych cech złośliwości.

Rozpoznanie: rozlana tłuszczakowatość podskórna i tłuszczak w kanale kręgowym.

III. W. A. 34 lat. Tarń dwudzielna L 5—S 2. Znaczne owłosienie dolnej części lędźwiowej przy braku objawów nerwowych (czynności miednicowe, ruchy, czucie, odruchy).

IV. D. A. 23 lat. 7. XI. 1931 — 31. V. 1932. W 3 r. życia zapalenie mózgu z prawostronnym niedowładem połowiczym, który po kilku miesiącach ustąpił oprócz twarzy. Od 15 do 22 r. życia napady padaczkowate. Od 2 lat stopniowo narastające osłabienie nóg i trudność chodzenia. Od roku trudność utrzymywania moczu i stolca przy rozwolnieniu. Od małego dzieciństwa zawsze wyróżniał się swym dużym wzrostem.

8. XI. 1931. Wzrost 202 cm. Obwód czaszki 64. Poszczególne części kośćca proporcjonalne, tylko uda nieco zadługie. Roentgen — siodełko tureckie prawidłowe. Chrząstki nasadowe zrośnięte. Porażenie obwodowe prawego nerwu twarzowego. Oczopląs poziomy. Skroniowe części brodawek ocznych blade. *Visus dex.* 0,1, *sin.* 6/24. Stopy wydrążone. Niedowład stóp. Niezborność kończyn dolnych. Brak odruchów brzusznych, kolanowe wzmożone, klonus pr. stopy, brak lew. achillesowego, obustronny Babiński. Narządy płciowe rozwinięte prawidłowo. Tarń dwudzielna S 1—2. Płyn m.-rdz.: odczyny kiłowe ujemne, komórek 15 w 1 m/m^3, białka 0,5‰, Nonne Apelt, Weichbrodt, Pandy — dodatnie.

9. XI. 1931 — 30. V. 1932. Znaczne nasilenie osłabienia wzroku, niezborności kończyn dolnych, nietrzymanie moczu i stolca. Wystąpiły niezborność w kończynach górnych, niedowład nóg, znieczulenia w obrębie korzonków krzyżowych, wkońcu odleżyny, powodujące zakażenie ogólne z wysoką gorączką. Miał kilka napadów padaczkowych.

31. V. 1932. Zmarł.

Częściowa sekcja: Bardzo duża pozapalna torbiel na podstawie płatu czołowego lewego. Płat skroniowy lewy odsunięty ku tyłowi. *Insula rhei* całkowicie obnażona. Zmętnienie i pogrubienie opon miękkich rozlane, najbardziej na wypukłej powierzchni płatów czołowych. Przysadka niepowiększona. Histologicznie: W układzie nerwowym oprócz zmian pozapalnych opon miękkich mózgu stwardnienie rozsiane oraz przekrwienie jąder okołokomorowych lejka. Stan wzmożonej czynności komórek gruczołowych przysadki. Tarczyca i gruczoły płciowe bez zmian.

Rozpoznanie: Stwardnienie rozsiane i gigantyzm, spowodowany przez nadczynność przysadki uzależnioną od torbieli pozapalnej.

V. S. W. 24 lat. 31. XII. 1931 — 6. IV. 1932. 27. XI. 1931 spadł z wysokości kilku metrów; przytomności nie stracił, były silne bóle głowy. Pierwsze 10 dni pracował, poczem nie mógł i położył się. Obecnie są silne bóle głowy, wymioty, bezsenność.

2. I. 1932: Bardzo silne bóle głowy. Tętno 60 na minutę. Sztywność karku, obustronny Kernig. Wygładzenie fałdu nosowo-wargowego prawego. Obustronny Babiński i klonus stóp. Nie chodzi spowodu zaburzeń statyki. Obustronna tarcza zastoinowa. Płyn m.-rdz.: ciśnienie 400, odczyny kiłowe ujemne, komórek 1 w 1 m/m^3, białka 0,2‰. Nonne-Apelt, Weichbrodt i Pandy — dodatnie.

28. I. 1932. Trepanacja odbarczająca w okolicy potylicznej.

6. IV. 1932. Zmarł przy objawach śpiączki i ogólnego wyniszczenia.

Sekcja: Nowotwór robaka móżdżka: 5,5×5,3×4,0; w części przylegającej do komory czwartej duża torbiel. Histologicznie: *medulloblastoma* względnie *neurospongioma.*

VI. W. A. 2. VII. 1931 — 16. VII. 1931 i 25. XI. 1931 — 4. I. 1932. Od VII. 1930 r. stopniowo postępujące osłabienie lewej kończyny dolnej i kurcze w łydkach przy chodzeniu. Od III. 1931 drgania włókienkowe w lewych kończynach. Uprzednio zapalenie płuc i opłucnej.

4. VII. 1931. Bezwład lewej stopy i palców; osłabienie reszty ruchów lewej kończyny dolnej. Napięcie mięśni prawej kończyny dolnej nieco wzmożone. Drgania włókienkowe w mięśniach kończyn i tułowia. Klonus pr. stopy i rzepki. Prawostronny Babiński i Rossolimo. Czucie i narządy miednicowe normalne.

5. VII. 1931 — 25. XI. 1931. Niedowład kończyny lewej dolnej stopniowo nasilał się.

26. XI. 1931. Napięcie mięśni pr. łydki nieco wzmożone, a lewej kończyny dolnej obniżone. Osłabienie ruchów palców lewej ręki, pr. stopy i wszystkich ruchów lewej kończyny dolnej, bezwład lewej stopy. Wychudzenie mięśni lewej dłoni i rozginaczy na przedramieniu. Zaniki mięśni lewej kończyny dolnej i przedniobocznych na prawem podudziu. Drgania włókienkowe w mięśniach kończyn i tułowia. Obniżenie wszystkich rodzai czucia na lewem podudziu i stopie. Wzmożenie odruchów w kończynach górnych, brak brzusznych, klonus pr. rzepki i stopy, pr. Babiński.

27. XI. 1931 — 27. XII. 1931. Nasilenie niedowładów i zaników mięśniowych. Zaburzenia czucia rozpowszechniły się ku górze po stronie lewej do poziomu pępka i wystąpiły na stopie prawej.

1. VII. 1932. Zmarł.

Histologicznie: typowe zmiany dla *sclerosis lateralis amyotrophica,* t. j. zwyrodnienie torów piramidowych i neuronów ruchowych obwodowych. Jednakowoż, chociaż i w mniejszym stopniu, są zaznaczone zwyrodnienia w torach móżdżkowych i czuciowych w powrózkach boczno-przednich rdzenia kręgowego. Zaburzenia czucia zależą od tych zwyrodnień.

Protokół posiedzenia w dniu 22 lutego 1933.

1. Kol. A. Uryson wygłosił odczyt pod tyt.: *„O uchyłkowatości jelita grubego"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos Kol. Gliksman, Kantor i prelegent.

2. Kol. J. Kokotek wygłosił odczyt p. t.: *„Przypadek skazy cystynowej"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos Kol. Polak, R. Bornstein i prelegent.

Protokół posiedzenia w dniu 8 marca 1933 r.

1. Kol. Kryński przedstawił przypadek *rzadkiej postaci raka skóry, leczony z bardzo dobrym skutkiem zapomocą kaustyki*. Cierpienie zajmowało całą przednią powierzchnię skóry klatki piersiowej; spowodowało głębokie owrzodzenie z bardzo cuchnącemi wydzielinami. Schorzenie to sprawiało choremu niezmierne cierpienie i uniemożliwiało mu współżycie z rodziną.

Schorzenie należy do *Epithelioma magnocellulare*.

Po zastosowaniu kaustyki owrzodzenia uległy wygojeniu, znikły wydzieliny, chory czuł się zupełnie dobrze.

2. Kol. Kryński przedstawił przypadek, w którym *rozpoznanie waha się między atrofją skóry, a sklerodermją*.

Na całem tułowiu chorego widoczne są bronzowe plamki różnej wielkości od soczewicy do wielkości 1—2 dłoni. Schorzenie trwa od paru lat. Przy bocznem oświetleniu zauważyć można wklęsłość skóry, jest ona niższa na miejscu plam od otoczenia.

Badanie morfologiczne krwi nie wykazuje odchyleń od normy. Wassermann — ujemny. Parcie krwi prawidłowe. Podstawowa przemiana materji < 10%. (mniejsza o 10%).

3. Kol. Kryński wraz z Kol. Mortkowiczem przedstawiają chorego z *fibro-sarcoma* Darriera na lewej stronie klatki piersiowej zprzodu. Widoczne są tam uwypuklenia wielkości od grochu do orzeszka. Schorzenie należy do bardzo ciężkich; żadne metody lecznicze, stosowane dotychczas w tem cierpieniu nie dają dobrych wyników.

4. Kol. Nunberg przedstawia przypadek *promienicy języka*. Chory zgłosił się do szpitala z rozpoznaniem „Ropień języka" — z silnemi bólami i gorączką. Przy nakłuciu wydobyto ropę, w której wykryto grzybek promienicy. Obecnie chory otrzymuje środki doustnie, następnie będzie naświetlany promieniami Roentgena. Obecny stan chorego jest bardzo dobry.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na łagodny przebieg oraz umiejscowienie schorzenia.

5. Kol. Kacenelson przedstawił *dwa przypadki tężyczki*.

I. Panna 19-letnia, przed 1½ roku operacja strumy; po operacji poczuła drętwienie w palcach, a po tygodniu napad tężyczki. Napady występowały od kilku do kilkunastu w ciągu miesiąca; pozatem występowały obfite poty, skóra stała się

wilgotną; w uzębieniu nie zauważono zmian, to samo w źrenicach. Chwostek dodatni obustronnie.

Trousseau dodatni; przykurcze rąk w postaci rąk akuszera. Na dolnych kończynach brak zmian. Zastosowano *Calcium lacticum* w dawkach od 3,0 do 5,0 dziennie. Napady stały się rzadsze, wreszcie ustały; po zaniechaniu stosowania wapnia wystąpiły ponownie.

Przypadek przedstawiony jest to typowa *tetania strumipriva*.

II. Mężczyzna lat 37, (od 4-ch lat w obserwacji), z zawodu wykończalnik; dawniej nadużywał alkoholu. Paznokcie w okresie zmian; ręce w postaci przykurczu; zesztywnienie wzroku; 2—3 napady tygodniowo. Wybitny Trousseau, Chwostek; na dolnych kończynach przykurczenie palców do stopy. Zmętnienie rogówek, obfite poty. Po zastosowaniu wapnia napady ustąpiły; samopoczucie dobre, poty ustąpiły, paznokcie przestały się zmieniać. Wzrok tylko dalej się pogarszał. Usunięto na prawem oku kataraktę. Zęby bez szczególnych zmian.

Przypadek należy do *Tetania persistens*, prawdopodobnie powstała na tle alkoholizmu.

6. Kol. B y c h o w s k i (jako gość — Warszawa) wygłosił odczyt pod tytułem: *„Obecny stan nauki o przytarczycach"*. Odczyt był ilustrowany pokazem preparatów i szeregiem fotografij i rentgenogramów.

W dyskusji nad odczytem: Kol. T o m a s z e w i c z mówi, że wykonał operacyj wycięcia przytarczyc w 20 przypadkach choroby Strümpell-Marie i *polyarthritis deformans*. W niektórych przypadkach znajdywano powiększone przytarczyce, w innych nie znajdywano wcale. Przytarczyce znajdywane usuwano. Przypadki obserwuje się od $1^1/_2$ roku do 4-ch miesięcy. 7 przypadków starszych Strümpell-Marie dały dobre wyniki już w dniu operacji, znikały bóle, chory mógł wykonać ruchy stawami, ale efekt nie utrzymywał się na dłuższą metę we wszystkich przypadkach; w niektórych był stały.

W przypadkach *polyarthritis deformans* efekt był nikły.

Różnicy pomiędzy podwiązywaniem tętnic, a wycięciem przytarczyc niema.

Wyniki można podzielić na trzy grupy: 1) stary efekt, 2) efekt bezpośredni ale niestały, 3) brak efektu. Dobry efekt był przy zawartości wapnia we krwi powyżej 11, przy zawartości 9—9,5 nie było efektu; osoby starsze dawały lepsze wyniki niż młodsze.

Kol. F r e n k l o w a uważa, że istnieje kilka postaci tężyczek; w Łodzi pedjatrzy stosunkowo rzadko widują tężyczki; tężyczki u dzieci nie należy utożsamiać z *tetania strumiprivà*.

Kol. M o g i l n i c k i. Zdania o łączności tetanji dorosłych z tężyczką dzieci nie są ustalone; pewien związek istnieje — widział w przypadku zmarłego 2-letniego dziecka zmiany w przytarczycy.

Kol. G l i k s m a n zapytuje, czy były robione próby leczenia przytarczycy naświetlaniami, jaki jest skład chemiczny przytar-

czyc, czy dane statystyczne nie mówią o jednoczesnem powiększeniu tarczycy i przytarczycy.

Kol. Kocen zwraca uwagę na to, że prelegent nie mówił nic o powiększeniu antagonisty wapnia-potasie; obecnie dużo się mówi o stosunku wapnia do potasu. Czy różne wyniki pooperacyjne nie należy tłumaczyć różnemi stosunkami wapnia do potasu.

Kol. Załęski uważa, że różnica wyników pooperacyjnych zależy jeszcze od tego, że schorzeniu ulegają niewszystkie gruczoły przytarczycowe, a przy operacji mogą być usunięte czasami zdrowe.

Kol. Szmirgeld. Czasami u jednego osobnika część przytarczyc może wykazać wzmożoną działalność, a część zmniejszoną. Operacje stosuje się na podstawie teoretycznych rozumowań.

Kol. Bychowski — *w odpowiedzi:* Wyniki 20 przypadków operowanych przez Kol. Tomaszewicza należy ogłosić. Nie można ograniczać się podwiązaniem tętnicy, gdyż mogą istnieć anastomozy, należy raczej operować. *Tetania strumipriva* jest innem schorzeniem niż tężyczka dzieci, innem schorzeniem jest znowu *tetania* u ciężarnych. Istnieją różnice pomiędzy parathormonem Collipa a witaminą D. *Parathyroidea* nie zawiera sodu. Jeżeli narząd nie jest powiększony to nie jest jeszcze dowodem, że nie jest on zmieniony. Mogą być zmienione tylko pewnego rodzaju komórki i to wystarcza, by cały narząd uległ zmianie.

O przemianie podstawowej nie mówił świadomie spowodu braku czasu.

Protokół posiedzenia w dniu 22 marca 1933 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Pik przedstawia chorego z oddziału neurologicznego Szpitala Miejskiego w Radogoszczu — *przypadek guza bocznej komory mózgu.*

Pacjent lat 52, cierpi od 3 lat, początek choroby zaczął sie stopniowo od osłabienia kończyny górnej lewej, a następnie K. D. E. oraz od nieznacznego zaburzenia równowagi. Od $^1/_2$ roku bóle głowy, wybitne zaburzenie chodzenia, od 2 miesięcy pierwsze napady padaczki.

Stan objektywny: nn. czaszki: źrenice bez zmian. *Hypaesthaesia* lewej połowy czaszki, odruch rog.; z błony śluzowej nosa lewostr. osłabione. Przejściowy niedowład n. odwodzących prawostronnych i podwójne widzenie przeważnie w okresie natężenia bólu głowy. Niedowład lewostr. n. VII o typie centralnym. Obniżenie łuku podnieb. lewostr., zboczenie języka w stronę lewą. W narządach wewn. — 0. Tętno 76 na 1'.

Odruchy brzuszne lewostr. wybitnie słabsze niż prawostronne.

KKG. wybitny niedowład spast. Kg. l.; próby „palce do nosa i adiadochokineza lewostr. dodatnie.

KKD — niedowład spastyczny lewostr. Babiński, Rossolimo i Mendel-Bechterew dodatnie lewostr.

Czucie: *Hypaesthaesia* wszystkich gatunków lewostr. sprzodu i styłu. Wybitna astereognozja lewostr.

Chód: lekko spastyczno-paretyczny z przechylaniem się w stronę lewą. Krew: Wa.-M. — ujemne. Morfol.: prawidłowa. Dno oczu — bez zmian (3-krotne badanie). Płyn mózg.-rdzen.: Ciśnienie (chory siedzi) 600 Claude. Wa — ujemny, inne — norma.

Roentgen: objawów wzmożonego ciśnienia nie stwierdza się. Cienie wapniowe w środkowej jamie czaszkowej, prawostr.

Encefalografja: zdjęcie tylko przednie — lewa komora wybitnie rozszerzona *(hydrocephalus inter.)*; prawa komora wykazuje obecność zaledwie śladów powietrza, kontury komory prawej nie uwydatniają się.

Zdjęcie boczne: prawostr. wykazuje 2 cienie: a) mocny cień o kształcie wąskiego podłużnego rąbka, wyobrażającego resztę komory prawej uciśniętej przez guz; b) cień mniej intensywny wyobrażający komorę lewostr. o konturach naogół prawidłowych, aczkolwiek nieco rozszerzonych.

2. Kol. Szyfman omawia przypadek *stanu przedśpiączkowego u chorej cukrzycowej*, który wystąpił w związku z przypadkowym błahym napozór powikłaniem w postaci zapalenia ozębnej; do wystąpienia kwasicy przyczyniła się pozatem i ta okoliczność, że pacjentka, która od dłuższego czasu otrzymywała stale insulinę, przerwała zastrzykiwania jej w ciągu 2 dni, i to w okresie gorączki. Kol. Szyfman uważa przypadek ten za pouczający i wysnuwa następujące wnioski praktyczne: 1) w razie występowania jakiegokolwiek powikłania, zwłaszcza wywołującego stan gorączkowy, chory cukrzycowy powinien być natychmiast przeprowadzony na dietę, obfitującą w wodany węgla i odpowiednio do tego musi być przystosowana dawka insuliny; 2) cukrzycowi i ich otoczenie powinni być pouczani przez lekarzy, że wyznaczona dieta i dawka insuliny muszą ulec zmianie według orzeczenia lekarza w razie nawet takiego błahego powikłania jak lekka grypa, angina i t. d.

3. Kol. Itelson wygłosił referat pod tytułem: *„Z kazuistyki schorzeń narządów krwiotwórczych"*.

Prelegent porusza zagadnienie leczenia niedokrwistości złośliwej.

Szereg przypadków cierpienia tego, zdawałoby się odpornych na wątrobę wobec braku poprawy w obrazie krwi przy stosowaniu leku doustnie, wykazuje znaczne polepszenie już po kilku zastrzykach przetworu wątroby *(campolon, pernaemon)*. Efekt leczenia uwidacznia się w pierwszym rzędzie w gwałtownym wzroście retikulocytów. Zestawiając wyniki leczenia przy stosowaniu wątroby odustnie i podskórnie przychodzimy do wniosku, iż droga parenteralna jest metodą leczenia najskuteczniejszą i jednocześnie najtańszą. Podkreślić należy, iż dzięki metodzie tej łatwiej opanować możemy zmiany spowodowane schorzeniem układu nerwowego.

W przypadku demonstrowanym, a dotyczącym chorej lat 57, cierpiącej od 2 lat na N. zł. stosowanie panhepanu w przeciągu 2 tygodni nie dało żadnej porawy; gdy zalecono *campolon* w ilości 1 ampułki dziennie, wystąpiła wyraźna poprawa już po 4 zastrzykach, a po 15 zastrzyku chora chodziła o własnych siłach. Od 7 tygodni pacjentka otrzymuje 2 cm³ *campolonu* raz na sześć dni, co utrzymuje prawidłowo działalność szpiku kostnego przy ogólnym dobrym stanie chorej; ostatnio ustąpiły dokuczliwe parestezje ze strony kończyn górnych i dolnych.

Następnie omawia zagadnienie niedokrwistości ciężkiej w przebiegu ciąży.

Naegeli utrzymuje, iż ciąża może grać rolę czynnika patogenetycznego w powstawaniu N. zł., inni zaś są odmiennego zdania, upatrując w zmianach we krwi tylko pewne podobieństwo do niedokrwistości złośliwej. Piśmiennictwo rozporządza obecnie materjałem, przemawiającym na korzyść poglądu Naegelego, aczkolwiek nie brak stanów atypowych, do których należy przypadek obserwowany ostatnio na oddziale szpitalnym. Dotyczy pacjentki lat 27, w 6 miesiącu ciąży, skarżącej się na ogólne osłabienie i wystąpienie wybroczyn na kończynach oraz klatce piersiowej. W obrazie krwi pojedyńcze megalocyty, wskaźnik barwnikowy większy od jednostki, trombocytopenja przy objawach skazy krwotocznej — wszystko to razem przemawia za niedokrwistością złośliwą. Lecz normalna ilość ciałek krwi przy przesunięciu ich obrazu w lewo, obecność wolnego HCl w treści żołądkowej, przeczy temu rozpoznaniu. Ale i podobne stany chorobowe dobrze reagują na leczenie wątroby, jakto miało miejsce i w przypadku obecnie omawianym. Przypuszczać należy, iż *an. perniciosa essentialis* a *anemia pseudoperniciosa gravidarum* mają jakiś bliższy zwiazek między sobą.

W dyskusji: Kol. Frenkiel: Cierpienia nerwowe, powstałe na tle schorzeń narządów krwiotwórczych nie poprawiają się równolegle ze zmianami krwi. Być może, że przyśpieszenie kuracji przez stosowanie zastrzyków wpłynąć może dodatnio na zespoły nerwowe.

Kol. Szyfman zaznacza, że w jednym przypadku złośliwej niedokrwistości, demonstrowanym przez niego w zeszłym roku w Towarzystwie Lekarskiem, udało się uzyskać pewną poprawę i ze strony układu nerwowego pod wpływem *ventraemonu*.

Naogół jednak doświadczenie kliniczne poucza, że objawy ze strony układu nerwowego są bardzo oporne na leczenie zarówno preparatami wątroby, jak i żołądka.

Kol. Praszkier wypowiedział przypuszczenie, czy w przypadkach anemji złośliwej przy ciąży nie oddziałuje ona ujemnie na potomka i czy z tego powodu nie jest wskazane przerwać ciążę.

Kol. Fuks zauważył, że zdarzają się ciężkie przypadki anemji złośliwej, które nie reagują ani na doustne stosowanie preparatów z wątroby, ani na zastrzyki.

Kol. Itelson w odpowiedzi jeszcze raz podkreślił dobre wyniki leczenia anemji złośliwej przetworami wątroby w zastrzykach, dają one poprawę i w zmianach nerwowych.

4. Kol. T u r y n wygłosił referat: *„O nadczynności żołądka"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos Kol. B e n d e r, W e i s k o p f, P r a s z k i e r i M i n c.

Kol. T u r y n w odpowiedzi Kol. Benderowi i Praszkierowi: Poliglobulja przy niedomodze krążenia stara się wyrównać brak tlenu przez wyrzucenie na obwód większej ilości jego roznosicieli. Jest to bezpośrednie podrażnienie szpiku o charakterze raczej patologicznym (anizocytoza, normoblastoza). Zastoinowy żołądek jest raczej podczynny. Poliglobulja po zatruciu kw. solnym wynika z zagęszczenia krwi, a nie z zakwaszenia. Teorja Balinta o zakwaszeniu chorych z owrzodzeniem nie sprawdza się w badaniach innych autorów.

Kol. Weiskopfowi: czynnik zakaźny w powstawaniu nadkwaśności może być uwzględniony przy *gastr. chron.*, której I okres przebiega jako *gastr. acida*, a następny jako *sub.* — wzgl. *anacida.*

Kol. Mincowi: Minimalne upusty krwi można porównać z krwawieniami przy owrzodzeniach żołądka i z guzów krwawnicowych. Ostatnie prowadzą do anemji, gdy pierwsze przy nadczynnym żołądku anemji nie sprowadzają. Nie wszyscy poliglobulicy krwawią. Pomiędzy 13-tu poliglobulikami ref. krwawiło tylko 4-ch, z 23-ch poliblobulików Friedmanna krwawiło tylko 7-miu. (Autoreferat).

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a w dniu 29 marca 1933 r.

1. Kol. I. B a r c i ń s k i przedstawił trzech chorych, *leczonych promieniami Roentgena,* mianowicie:

1) Przypadek *mięsaka wyrostka sutkowego;*

2) Przypadek *mięsaka sklepienia czaszki z przerzutem olbrzymim do talerza biodrowego;*

3) Przypadek *przerzutów mięsaka do płuc i serca.*

We wszystkich trzech przypadkach bardzo ciężkich schorzeń — po leczeniu promieniami Roentgena — nastąpiła znakomita poprawa.

Przypadki były ilustrowane pokazem szeregu filmów.

2. Kol. G l i k s m a n wygłosił odczyt pod tytułem: *„O postępach w nauce o gruźlicy".*

W dyskusji: Kol. S z y f m a n podkreśla, że cukrzyca nie jest przeciwwskazaniem dla stosowania odmy sztucznej i, że przeciwnie stosowanie odmy sztucznej wpływa dodatnio i na sprawę gruźlicy i na cukrzycę.

Kol. T e n e n b a u m wspomina o metodzie zapobiegającej powstawaniu wysięków podczas stosowania odmy sztucznej, podawanej przez Unverrichte i Dosqueta.

Kol. S c h w e i g mówi o istniejącym antagonizmie między gruźlicą oka i gruźlicą płuc. Najcięższe schorzenie oka widzi się przy braku objawów w płucach; następnie mówi o dobrych wynikach otrzymywanych przy leczeniu schorzeń gruźliczych oka zapomocą tuberkuliny.

Kol. R e i c h e r wskazuje na taki sam antagonizm między gruźlicą płuc a gruźlicą skóry i podkreśla paradoksalne zjawisko, że gruźlica skóry występuje najczęściej u ludzi ze skórą bogatą w barwiki.

Kol. S o n n e n b e r g. Między gruźlicą narządów wewnętrznych a gruźlicą skóry ujawnia się pewnego rodzaju antagonizm, wyrazem którego jest zrobione spostrzeżenie, że u osób, dotkniętych gruźlicą narządów wewnętrznych, a zwłaszcza płuc, rzadko występuje powikłanie w postaci gruźlicy skóry, a u osób znów z gruźliczem cierpieniem skóry — powikłanie ze strony narządów wewnętrznych jest zjawiskiem częstem. Na podstawie nauki o odporności usiłują zjawisko to tłumaczyć różnicą w ilości przeciwciał, wytwarzanych przez narządy wewnętrzne i przez skórę. Oto w przeciwieństwie do powstających w dużej ilości przeciwciał w gruźlicy narządów wewnętrznych, zapewniających odporność całemu ustrojowi, ilość sił obronnych w gruźlicy skóry jest znacznie mniejsza i dlatego narządów wewnętrznych nie chroni.

W odpowiedzi: Kol. G l i k s m a n — zgadza się z uwagami kolegów, zabierających głos w dyskusji.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a w dniu 5 kwietnia 1933 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. L. S z y f m a n przedstawia chorego *z kiłą płuca.*

Chory lat 33, rzekomo dawniej zawsze zdrowy; neguje choroby weneryczne; zwrócił się po raz pierwszy do kol. Szyfmana przed 2 laty spowodu kaszlu, trwającego od paru miesięcy oraz ogólnego osłabienia; spowodu choroby płuc zamierzał wyjechać do Otwocka. Przy badaniu objektywnem stwierdzono: minimalne przytłumienie pod prawą łopatką, nad przytłumieniem drżenie głosowe wzmożone i liczne drobno- i średnio bańkowe rzężenia, pozatem stwierdzono u chorego owrzodzenie pod lewą pachą; OB = 90', Koch ujemny. Prześwietlenie płuc wykazało po stronie prawej cienie zagęszczenia umiejscowione przywnękowo na dużej przestrzeni. Wobec lokalizacji cieni, nietypowych dla gruźlicy, braku prątków Kocha w plwocinie i podejrzanych, niegojących się owrzodzeń pod pachą, powstało podejrzenie co do kiły; istotnie Wassermann wypadł wybitnie dodatnio (++++). Zalecono kurację swoistą; już po pierwszej kuracji nastąpiła wybitna poprawa; kaszel prawie ustał zupełnie, chory przybrał na wadze; owrzodzenia się zagoiły, pozostawiając charakterystyczne blizny, OB — podniosło się do 385. Dokonane po 6 miesiącach prześwietlenie płuc wykazało znaczne wyjaśnienie się prawego płuca, a w miejscu dawnych płaszczyźnianych cieni, widać było tylko pasmowate cienie, układające się w siateczkę. Dziś w Roentgenie tylko przywnękowo po stronie prawej wielkooczkowata siatka.

W przypadku tym — osiągnięty zapomocą kuracji antyluetycznej efekt terapeutyczny, cofnięcie się objawów płucnych klinicznie oraz w Roentgenie — potwierdza pierwotne przypuszczalne rozpoznanie kiły płuca prawego.

2. Kol. Uryson demonstruje z wewnętrznego B oddziału Szpitala Poznańskich przypadek 47-letniego mężczyzny z *gruźlicą kręgów szyjnych, powikłaną opadowym ropniem w przedniem śródpiersiu.*

Kilkakrotne zdjęcia rentgenowskie nie wykazały zmian w kręgach, jednakże typowa bolesność uciskowa, samoistne bóle, występujące przy ruchach głowy, typowe ustawienie głowy, oraz stwierdzenie ubytku chrząstkowej części przegrody nosowej, upoważniły do rozpoznania gruźliczego pochodzenia schorzenia. W płucach stwierdzono dużo suchych rzężeń, pozatem przytłumienie w lewo od wstęgi naczyniowej, szerokości od 2 do 3 palców. OB = 25'. Zdjęcie rentgenologiczne klatki piersiowej wykazało nazewnątrz w lewo od wstęgi naczyniowej ograniczony owalny cień z wyjaśnieniem. Prześwietlenie udowodniło umiejscowienie tego cienia w przedniem śródpiersiu. Pozatem pola płucne bez widocznych zmian.

Przy nakłuciu śródpiersia (kol. Ajzner) otrzymano 15 cm^3 bursztynowego płynu, który zawierał szare strzępki. Badanie tego płynu wykazało w k. p. w. 15—20 limfocytów; drobnoustrojów bakterjologicznie oraz bakterjoskopowo nie stwierdzono. Powtórne zdjęcie płuc, dokonane po 6 tygodniach wykazało, że obraz tworu w śródpiersiu nie uległ zmianom, natomiast w płucu lewem stwierdzono dużą ilość zlewających się cieni zagęszczenia z rozmiękczeniami, co potwierdza gruźlicze pochodzenie wyżej opisanych zmian.

Przypadek zasługuje na uwagę: 1) ze względu na niestwierdzenie przy badaniu rentgenologicznem zmian w kręgach, pomimo, że obraz choroby przemawiał za gruźliczem pochodzeniem schorzenia. Ropnie opadowe mogą bowiem wyprzedzać zjawienie się zmian w kręgach; 2) ze względu na rzadkość ropnia opadowego z kręgów do śródpiersia przedniego, i po 3) nieczęsto stosowany zabieg nakłucia próbnego śródpiersia.

W dyskusji nad pokazem zabierali głos Kol. Tenenbaum i Uryson.

3. Kol. Kryszek demonstruje chorą I. C. lat 43, z *wadą zastawkową dwudzielną* — niedomykalność i zwężenie zastawki dwudzielnej, skombinowaną zwężeniem zastawki tętnicy głównej. Schorzenie stosunkowo rzadkie, spotykane w 5% schorzeń sercowych.

Schorzenie objawia się szorstkim szmerem skurczowym nad ujściem tętnicy głównej, brakiem II tonu aortalnego, wyczuwalnem w temże miejscu warczeniem. Szmer skurczowy przenosi się ku tętnicom szyjnym, słyszalny jest stylu w okolicy II kręgu piersiowego. Schorzeniu odpowiada tętno niskie *(pulsus tardus)*. Schorzenie tętnicy głównej nasilało się w przebiegu 4-letniej obserwacji w przebiegu niewyrównanej (pogośćcowej) wady zastawki dwudzielnej i objawiało się klinicznie omdleniami, zawrotami głowy i zmianą psychiki w kierunku wzrastającej apatji. Rokowanie schorzeń sercowych w tej kombinacji — złe.

W dyskusji nad pokazem zabrał głos Kol. Bender, który demonstrował przed 2 laty w Towarzystwie Lekarskiem przypadek stenozy aorty. Schorzenie to daje rozszerzenie aorty wstępującej. *Mesaortitis* daje takie same objawy. Kiła nigdy nie powoduje powstania stenozy aorty. Zapytuje Kol. Kryszka, jak w tym przypadku przedstawiała się aorta w Roentgenie.

W odpowiedzi Kol. Benderowi Kol. Kryszek: a) zmian rentgenologicznych schorzenie aortalne w tym przypadku nie wykazało; b) kiłowe schorzenie odpada spowodu braku drugiego tonu; dla kiły tętnicy głównej typowym jest muzykalny II ton i duże PP; pozatem brak odczynu Wassermanna we krwi; zwężenia zastawki tętnicy głównej na tle kiłowem, choć są rzadkie, to jednakże bywają (Külbs) nawet częściej, niż na tle endokardjalnem; c) omdlewania i resztę objawów mózgowych przypisać należy zwężeniu aorty, a nie współistniejącemu zwężeniu zastawki dwudzielnej, gdyż wystąpiły one w okresie nasilenia zmian aortalnych.

4. Kol. S. Minc wygłosił odczyt pod tytułem: *„O klinicznem rozpoznawaniu wrzodu trawiennego żołądka i dwunastnicy"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos Kol. Gliksman, Dengel, B. Frenkiel, Klozenberg, Klinger, A. Margolis, Kalisz, Mogilnicki, Uryson, Bender i prelegent.

Protokół posiedzenia z dnia 19 kwietnia 1933 r.

1. Kol. I. Kon *„Rumień guzowaty i zagadnienia pokrewne"*. (P. G. L. Nr. 33—34. 1933).

Dyskusja.

Kol. Reicher. Dermatolodzy widują bardzo często rumień guzowaty przy rzeżączce, kile i innych cierpieniach zakaźnych i toksycznych, niemających nic wspólnego z gruźlicą. Dermatologja nowoczesna traktuje rumień guzowaty jako syndrom, a nie jako jednostkę chorobową.

Kol. Mogilnicki: podkreśliwszy z uznaniem wysoki poziom naukowy odczytu kol. I. Kona, przytoczył przypadek obserwowany w szpitalu Anny Marji, gdzie u dziecka po przebytym rumieniu guzowatym wykonano próbę Mantoux, poczem wystąpił ponownie wybitny rumień guzowaty, co potwierdzałoby jego gruźliczą etjologję.

Kol. Klinger: wskazał na rzeżączkę, jako na ważny czynnik etjologiczny przy powstawaniu rumienia guzowatego, o czem wspominał już Josephsen, domagając się gonoreakcji we wszystkich przypadkach reumatycznych idących w parze z rumieniem guzowatym. Pozatem Kol. Klinger zakwestjonował twierdzenie prelegenta, jakoby dermatolodzy budowali jednostki chorobowe na zasadzie obrazu morfologicznego, wskazując na to, że już starzy autorzy odróżniali *erythema nodosum idiopaticum* od *er. nod. symptomaticum.*

Kol. Kon: odpowiedział, że pedjatrzy uważają rumień guzowaty jako sygnał czynnej gruźlicy, dziecko takie należy prze-

świetlić i przeprowadzić wszelkie próby na gruźlicę. Pomimo to nie uważa gruźlicy za wyłączną etjologję rumienia.

Kol. Wajskopf: *„O zaparciu nawykowem"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. Turyn i Trepman.

Kol. Wajskopf: w odpowiedzi kol. Turynowi w sprawie rozwolnień występujących na wsi zimą, a nie latem, zaznaczył, że sprawa ta, według niego, ma się inaczej, chociaż w referacie uwzględniał stosunki miejskie, gdzie charakterystyczną jest zmienność w odżywianiu, zależna od cen rynkowych, w czem dopatruje się przyczyny schorzeń jamy brzusznej; jako przykład niechaj służy spostrzeżenie Mac-Canisona, lekarza angielskiego w Himalajach, który dokonawszy tam 3600 zabiegów operacyjnych, ani razu nie stwierdził zapalenia wyrostka robaczkowego, wrzodu żołądka lub dwunastnicy wśród ludności dalekiej od ognisk cywilizacji i wymiany handlowej. W odpowiedzi na pytanie, czy zaparcia nie należy uważać za sprawę niedomogi wątroby, to właśnie w referacie na podstawie danych cytowanych autorów było zaznaczone, że schorzenia wątroby są sprawą wtórną na skutek zaparcia atonicznego ustępującego, zaś niedomoga wątroby może powstać wskutek zatrucia ustroju endo- i ektotoksynami pałeczek okrężnicy, tem bardziej, że badania Fresingera wykazały, że odżywianie jarskie działa pobudzająco na wątrobę.

W odpowiedzi kol. Trepmanowi: *coecum mobile* uważa za sprawę organiczną i dlatego nie mówił o tem przy zaparciu nawykowem jako schorzeniu czynnościowem; co się tyczy wieku, to odwrotnie na podstawie statystyki obejmującej 16663 przypadków % zaparcia wzrasta nieznacznie wraz z wiekiem.

Protokół posiedzenia z dnia 26 kwietnia 1933 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Klinger przedstawił wspólny z kol. Kryńskim *przypadek Purpura haemorrhagica thrombocytopenica (Morbus maculosus Werlhofii) u 22 letniej dziewczyny.*

T. F. 22-l. Służąca. 15. IV. r. b. poczuła nagle silne swędzenie górnej połowy ciała, co zmusiło ją do drapania się, poczem zauważyła całą masę czerwonych, pojedyńczych punkcików, które potem zaczęły się zlewać w podłużne smugi.

Według słów chorej na każdem miejscu zadrapania powstają po kilku godzinach podłużne pręgi, składające się z krwawych punkcików.

Pozatem chora uskarża się na krwawienia z jamy ustnej, trwające już od 4-ch dni.

Pochodzi ze zdrowej rodziny. Sama nigdy poważniej nie chorowała. W zeszłym roku miała podobno kilka czerwonych punkcików na ramionach, które same znikły, wobec czego nie zgłosiła się wówczas do lekarza.

Przy badaniu wewnętrznem żadnych uchyleń od stanu prawidłowego nie stwierdzono. Śledziona niepowiększona.

Na błonie śluzowej organów płciowych zwłaszcza u ujścia cewki i na małych wargach — krwawiące wybroczyny.

Przy badaniu zewnętrznem stwierdzono na całem ciele rozrzucone ogniska wybroczynowe różnej wielkości od ziarnka maku do 5-cio złotówki. Szczególnie gęsto ułożone są wybroczyny w okolicy klatki piersiowej i pod pachami, przyczem tworzą one długie smugi i pręgi różnej wielkości i szerokości.

Pozatem widzimy podskórne wylewy krwawe i sińce we wszystkich kolorach tęczy (wielkości od ziarna fasoli do piąstki dziecięcej) na udach, podudziach i plecach.

Na błonie śluzowej jamy ustnej, na języku, na podniebieniach twardem i miękkiem, łukach i języczku — wszędzie widać rozsiane, drobne wybroczyny krwawe.

Obraz morfologiczny krwi: Hgl. — 81%; wskaz. barw. — 0,84; czerw. c. krwi — 4.800.000; obojętnochł. — 63.3; limfoc. — 23.8; monoc. — 9.1; kwasochł. — 3,7; myelobl. — 0; myeloc. — 0; młod. — 0; pał. — 6,4; segment. — 56,9; trombocytów — 6.000; czas krwawienia — 10; czas krzepnięcia — cokolwiek przedłużony; objaw opaskowy badany 26.4—33 — silnie dodatni; poniżej uciśniętego (w przeciągu 5 min.) miejsca całe ramię i przedramię pokryło się masą drobniutkich (wielkości główki od szpilki) wybroczynek („jak makiem posiane"). *Etjologja* nie została dotychczas ostatecznie wyjaśnioną.

Dyskusja.

Kol. Justman: zapytuje czy w demonstrowanym przypadku nie obserwowano przedtem objawów reumatycznych, lub częstych angin. Czy nie stosowano zastrzyków.

Kol. Reicher: jakie prognostyczne znaczenie ma nasilenie trombopenji.

Kol. Klinger: chora obecnie narzeka na lekkie bóle w kolanach. Zastrzyków żadnych nie otrzymywała. Ilość płytek nie stanowi o ciężkości przypadku.

2. Kol. Turyn przedstawił 2 przypadki cukrzycy, leczone przez dłuższy czas insuliną. U młodszej pacjentki w miejscach zastrzyków powstawały nacieki, po zniknięciu których wytwarzały się wgłębienia skóry. U starszej wgłębienia skóry powstawały bez uprzednich nacieków. Miał tu miejsce zanik tłuszczowej tkanki podskórnej po zastrzykach insuliny *(Lipodistrophia postinsulinosa).*

Kol. Frenklowa: *„Przypadek nietypowego zapalenia gruźliczego opon mózgowo-rdzeniowych"*. (P. G. L. Nr. 33—34. 1933).

Kol. Frenklowa: *„Przypadek porażenia połowiczego w przebiegu choroby posurowiczej"*. (Tamże).

Dyskusja:

Kol. Justman zapytał, czy w płynie mózgowordzeniowym pierwszego przypadku stwierdzono błonkę. W przypadku drugim nie widzi porażenia, tylko podrażnienie. Objaśnić objawy te łatwo można posurowiczym obrzękiem tkanki nerwowej, względnie wysiękiem w oponie miękkiej.

Kol. Knichowiecki: obserwował 2 przypadki gruźliczego zapalenia opon mózgowordzeniowych z pomyślnym przebiegiem. W przypadku pierwszym stosowanym był Aurosan, w drugim po roku nastąpiła recydywa.

Kol. Załęski zapytał, czy w przypadku pierwszym wyhodowany ze świnki morskiej prątek gruźlicy nie był typu zwierzęcego.

Kol. Mogilnicki: w przyp. I. ilość cukru w płynie mózgowordzeniowym była prawie normalną. Przy gruźliczem zapaleniu opon mózgowordzeniowych ilość cukru bywa znacznie zmniejszoną.

Kol. Frenkel: w przypadku drugim był zespół podrażnieniowy, objawów oponowych nie było, umiejscowić uszkodzenie należy w sferze pozapiramidowej, dokładnej lokalizacji przeprowadzić nie można.

Kol. Frenklowa: błonki w płynie mózgowordzeniowym w przyp. I. nie stwierdzono. Próba na gruźlicę zwierzęcą nie była wykonaną. W przyp. 2-im był niedowład z objawami podrażnieniowemi. Objaśnienie cierpienia posurowiczym obrzękiem tkanki nerwowej nie jest zupełnie pewnem wytłómaczeniem, brak mu bowiem potwierdzenia na materjale sekcyjnym.

„Z kazuistyki rzadkich schorzeń układu krwiotwórczego u dzieci".

A) część kliniczna — kol. M. Gutmanowa i F. Rozenówna.

B) część anatomopatologiczna — kol. K. Ściesiński.

(Prace ukażą się w druku).

W dyskusji zabierali głos: kol. Itelson, Kryszek, Szyfman i Kokotek.

Kol. Kryszek: obraz krwi pierwszego przypadku nie jest dostatecznie przekonywujący dla ostrej leukemji. Bardziej charakterystycznym stać się może pod wpływem injekcji adrenaliny. W obserwowanym na oddziale wewnętrznym szpitala Poznańskich przypadku ostrej białaczki ilość białych ciałek wzrosła z 5.000 — po próbie Freya — do 60.000, utrzymując się odtąd stale we krwi. Lecznicze stosowanie Roentgena w przypadkach ostrej białaczki jest niebezpieczne i raczej przeciwwskazane. W związku ze skazą krwotoczną dopytuje o wynik objawu opaskowego.

Kol. Kokotek: prelegentka, wymieniając dane, dotyczące pierwszego przypadku, nie wspomniała o obojętnochłonnych patologicznych ze zmianami w strukturze jądrowej i z toksyczną ziarnistością w zarodzi. Obojętnochłonne patologiczne, ocenione właściwie i wprowadzone do diagnostyki hematologicznej przez szkołę Naegelego, występują w szeregu stanów zakaźnych, w pierwszym rzędzie w zapaleniu płuc krupowem, następnie w posocznicy, wywołanej przez paciorkowce, gronkowce, pał. okrężnicy i inne drobnoustroje, w durach brzusznym i plamistym i t. d. W omawianym przypadku, gdzie rozpoznanie wahało się między ostrą białaczką a posocznicą paciorkowcową, obecność obojętnochłonnych patologicznych we krwi mogłaby w pewnym stopniu wyświetlić sprawę, gdyż ukazują się one w posocznicy, natomiast nie stwierdza się ich prawie nigdy w ostrej białaczce. Brak zmienionych patologicznie komórek obojętnochłonnych przemawiałby za ostrą białaczką i potwierdziłby rozpoznanie prelegentki.

Odpowiedziała: kol. Rozenówna.

Protokół posiedzenia z dnia 10 maja 1933 r.

1. Kol. Sonnenberg: *„O występowaniu liszaja czerwonego podczas leczenia salwarsanem"*.

Pierwsze spostrzeżenia przypadków występowania liszaja czerwonego podczas leczenia salwarsanem. Potwierdzenie spostrzeżeń w prasie lekarskiej. Usiłowanie tłumaczenia tego zjawiska koincydencją dwóch spraw chorobowych. Spór naukowy o to, czy mamy tu do czynienia z typowym liszajem czerwonym, czy też z wykwitami podobnemi do liszaja. Współistnienie w skórze obok siebie obrazów zbliżonych do liszaja czerwonego. Wpływ podłoża. Skóra odpowiada na niektóre bodźce w sensie pewnej dyspozycji. Bodźce, jako czynniki wyzwalające. Udział wegetacyjnego układu nerwowego. Utajony stan hiperkeratotyczny a czynniki wyzwalające. Koncepcja Buschkego i konsekwencje z niej wypływające. Liszaj czerwony, jako odczyn skóry. Wpływ szkoły francuskiej i Blaschki na powstanie koncepcji. Usiłowanie tłumaczenia omawianego zjawiska biotropizmem. Co to jest biotropizm? Kilka przykładów klinicznych biotropizmu. Postulaty biotropizmu. Przykład liszaja czerwonego, jako przejawu biotropizmu. Przykład liszaja czerwonego po salwarsanie, jako przejawu zatrucia arsenem. Przeciwnicy koncepcji tłumaczącej to zjawisko biotropizmem. Pautrier i jego zastrzeżenia. Arsenobenzol i promienie X. Występowanie liszaja po zastosowaniu złota. Nowe argumenty Miliana w sprawie infekcyjnej etjologji liszaja czerwonego. Biotropizm pośredni i bezpośredni. Czy istnieją dziś dostateczne podstawy dla oceny zjawiska występowania liszaja po salwarsanie. Jaussion i jego tłumaczenie mechanizmu zjawisk, objętych biotropizmem. Zakończenie. (Streszczenie własne).

2. Kol. Gutentag: *„Sprawozdanie z działalności lekarzy szkolnych szkół powszechnych za rok 1931—1932"*.

W dyskusji nad odczytem zabierali głos Kol. Leniecki, Ebin, Ładyński i prelegent.

Protokół posiedzenia z dnia 24 maja 1933 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. Chrzanowski przedstawił chorą *z moczówką prostą na tle kiłowem.* Duże pragnienie i duża, dochodząca do 30 l na dobę, ilość oddawanego moczu. Dwa razy stosowana kuracja swoista oraz stosowanie salyrganu, pituitrolu, pyramidonu, strychniny — nie dały żadnego wyniku. Po zastosowaniu preparatów wątroby *(panhepan* i *pernaemon)* ilość moczu spadła do 12—14 l, podnosząc się przy zaprzestaniu stosowania tych preparatów. Uzasadnić tego działania narazie nie można.

2. Kol. Reicher przedstawił 7-letnią dziewczynkę *z mimowolnem zaszczepieniem ospy na sromie.* Chora spała w jednem łóżku z siostrą, której zaszczepiono ospę ochronną i zapewne zarazek przeniosła sobie przez drapanie.

W dyskusji: Kol. Mogilnicki obserwuje obecnie w szpitalu Anny-Marji 2 podobne przypadki.

Kol. M a k o w e r obserwował podobny przypadek na punkcie sanitarnym.

3. Kol. T a t a r z y ń s k a omówiła przypadek *enterocolitis tuberculosa*, w którym nastąpiła miejscowa poprawa po zastosowaniu transfuzji 150,0 cm³ krwi.

4. Prof. Włodzimierz K o s k o w s k i (jako gość ze Lwowa) wygłosił referat pod tyt.: *„Podstawy działania leczniczego soli i wód Morszyńskich"*.

W dyskusji: Kol. S z y f m a n zapytał, czy były przeprowadzone próby, jak działa sól morszyńska przy cukrzycy.

Kol. M o g i l n i c k i zapytał, jak się rozwija Morszyn pod względem frekwencji i rozbudowy.

Prof. K o s k o w s k i *w odpowiedzi:* Badania nad cukrzycą nie były przeprowadzone, sól morszyńska, jako alkaliczna, działać powinna pomyślnie. Frekwencja w Morszynie przed wojną była nikłą, około 100 osób, w ostatnim sezonie było około 2.000 kuracjuszy. W ostatnim roku wybudowano nowe łazienki, założono światło elektryczne i kanalizację. W projekcie jest Dom Zdrojowy i całoroczne sanatorjum.

5. Kol. B e n d e r: *„Serce a tak zwany zespół Jegorowa"*. (Praca ukaże się w druku).

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a z dnia 31 maja 1933 r.

Pokazy chorych.

1. Kol. S o n n e n b e r g przedstawił 3 przypadki:

a) 22-letniego mężczyznę *ze znamionami sinemi*. Są one koloru zielonego, umiejscowione na twarzy po jednej stronie. Ujawniły się we wczesnem dzieciństwie. Do 8 roku życia były one barwy brunatnej, stopniowo barwa zmieniała się na kolor zielony. W przypadku demonstrowanym występują te znamiona w 2 postaciach: 1) w postaci rozlanych plam, nieodgradzających się ściśle od otoczenia, na skórze wokoło lewego otworu nosa i w samym nosie. Jedna plama biegnie wzdłuż i poniżej wargi dolnej; 2) w postaci wzniesień odosobnionych, rozsypanych na małym terenie; tworzą one małą gromadę na twarzy w bliskości nosa.

Po raz pierwszy znamiona te, jako znamiona sine, były opisane w r. 1906 przez Tiecha (z kliniki Jadassohna). Według Dariera są one identyczne z plamami mongolskiemi i są pozostałością tych plam. Mogą one dać początek mięsakom *(melanosarcoma)*.

b) 27-letnią kobietę z *chorobą Recklinghausena*. Plamy barwikowe liczne, kształtu rozmaitego, przeważnie owalne, barwy brunatnej. Guzy liczne (kilkadziesiąt), na podstawie szerokiej, wielkości rozmaitej od grochu do pięści dorosłego człowieka. Jeden guz w okolicy lewej łopatki — wielkości główki dziecka *(dermatolysis)*. Jako trzeci z objawów zespołu tego cierpienia stanowią w danym przypadku zaburzenia w narządach dokrewnych i tarczyca twarda, wytrzeszcz *(exophtalmus)* i tętno 120—150. Cierpienie ujawniło się we wczesnej młodości. Z cier-

pień współistniejących: gruźlica płuc od wielu lat i kiła wrodzona. Odczyn Wa. wybitnie dodatni.

c) 64-letnią kobietę, dotkniętą *zapaleniem skóry opryszczkowatem Duhringa*. Przypadek ten był również obserwowany przez Kol. Reichera. Chora przybyła do szpitala św. Aleksandra przed 3 miesiącami (31. III. 1933). Pierwsze objawy wystąpiły w pachwinie prawej, odrazu w postaci kilku pęcherzy, dobrze wypełnionych, z zawartością mętnawą. Stopniowo cierpienie w sposób napadowy rozszerzyło się na odleglejsze tereny, obejmując całą powierzchnię skóry oraz błonę śluzową policzków i języka.

Wychodząc z założenia, że między zapaleniem opryszczkowatem Duhringa a pęcherzycą istnieje pewne pokrewieństwo, postanowił Sonnenberg wypróbować w danym przypadku ten sam środek, który dał mu tak dobre wyniki w ostatnim jego przypadku pęcherzycy, a mianowicie sublimat. Zastrzykiwania roztworu 1% robiono co 3-ci dzień, poczynając od 1,0 — powiększano stopniowo o 0,1, dawka najwyższa wynosiła 1,5. Ogólna ilość zastrzyków była 19. Kąpieli nie stosowano. Zewnętrznie jedynie maści obojętne. Dieta niedrażniąca i bezsolna. Obecnie od 4 tygodni wszelkie objawy na skórze i błonie śluzowej najzupełniej znikły, znikły również i objawy subjektywne. Pozostały jedynie na miejscach, gdzie były pęcherze, zabarwienia brunatne. Stan ogólny zupełnie normalny. Czy wynik ten przypisać należy sublimatowi, powiedzieć tego stanowczo nie można.

2. Kol. Wajnsztok przedstawił *przypadek kwasicy w przebiegu karbunkulu*.

3. Kol. Szyfman wygłosił referat pod tyt.: *„Cukromocz jako objaw zakrzepu tętnic wieńcowych"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Minc skłonny byłby przypisać powstanie cukromoczu w opisanym przypadku strachowi względnie bólowi, towarzyszącym cierpieniu. Rozpoznanie zawału mięśnia sercowego uważa za ryzykowne, wszystkie bowiem przytoczone objawy mogą być i przy innych schorzeniach.

Kol. Bender uważa, że wystąpienie hiperglikemji przy zawale sercowym może mieć dobre znaczenie prognostyczne, ważniejsze niż rozpoznawcze.

Kol. Szyfman: Strach, zarówno jak ból i wstrząs należy raczej uważać niejako za moment wyzwalający cukromocz; według hipotezy prelegenta objaw ten występuje prawdopodobnie tylko u takich osobników, którzy już przedtem mieli skłonność do zaburzeń gospodarki cukrowej, jak np. ludzie otyli, hipertonicy.

W sprawie rozpoznania jeszcze raz podkreśla co następuje: dane anamnestyczne, — przebyty przed 3 laty napad stenokardytyczny, objawy kliniczne jak ból za mostkiem trwający 24 godzin i nieustępujący pod wpływem azotynów, gorączka, leukocytoza, tarcie osierdzia, znaczny spadek ciśnienia, wybitne przyśpieszenie tętna z arytmią, cały dalszy przebieg kliniczny łącznie ze zmianami elektrokardjograficznemi uprawniają do rozpoznania w danym przypadku zawału mięśnia sercowego.

Co się tyczy uwagi Kol. Bendera, to aczkolwiek przypuszczenie jego teoretycznie jest do pomyślenia (cukromocz jako skutek adrenalinemji), jednak praktycznie biorąc należy uważać wystąpienie cukromoczu za objaw niepomyślny.

Odczyt Kol. Kocena spowodu spóźnionej pory został odłożony.

Protokół posiedzenia z dnia 7 czerwca 1933 r.

1. Kol. A. Margolisowa i Kol. K. Ściesiński wygłosili referat pod tytułem: *„Przypadek promienicy płuc u dziewczynki sześcioletniej"*. (Praca ukaże się w druku).

Kol. Ściesiński podał kilka uwag w sprawie sposobów rozpoznania i wykrywania grzybka promienicy, podkreślając ważność makroskopowego oglądania ropy; omówił morfologję grzybka w świeżym preparacie, w preparatach mazanych i histologicznych, przedstawił hodowle, wykonane przez Kol. R. Ściesińską, z omawianego przypadku i innych, spostrzeganych w szpitalu im. Prez. Mościckiego, oraz okaz anatomiczny promienicy płuc, wywołanej doświadczalnie u królika przez wstrzyknięcie płynu z jamy opłucnej do żyły usznej, podnosząc rzadkość uzyskania dodatniego wyniku doświadczenia na zwierzętach. Wkońcu omówił krótko zmiany histologiczne powstałe wskutek zadziałania grzybka promienicy.

2. Kol. Z. Świder (jako gość z Pabjanic) wygłosił referat pod tyt.: *„Niedomoga narządu oddechowego"*. (Praca ukaże się w druku).

Protokół posiedzenia z dnia 21 czerwca 1933 r. w Szpitalu Anny-Marji.

Pokazy chorych.

1. Kol. Finklerówna: *„Zespół objawów anemji aplastycznej w przebiegu błonicy"*.

W dyskusji: Kol. Załęski nie jest przekonany, czy to była czynna błonica, czy tylko dziecko było nosicielem zarazków.

Kol. Mogilnicki zauważył, że jest rzeczą obojętną, czy była to błonica czynna, czy inna infekcja dość że wywołała ona tak poważne zmiany we krwi.

2. *„Gruźlica krwiopochodna u dzieci"*.

A) Kol. Polakow: *Omówienie patogenezy*.

B) Kol. Margolisowa: *Postacie kliniczne ze szczególnem uwzględnieniem postaci płucnych.* (Prace ukażą się w druku).

W dyskusji zabierali głos Kol. Frenkel i Ściesiński.

Protokół posiedzenia z dnia 27. września 1933 r.

Pokazy chorych: A. Kol. Itelson przedstawił przypadek gośćca tarczycowego pochodzenia. Pacjent lat 42 zgłosił się w 1931 r. na oddział szpitala im. Prez. Mościckiego skarżąc się na bóle w stawach kończyn górnych, łamanie w plecach przy

stanie gorączkowym. Pomimo stosowania salicylatów ciepłota utrzymywała się stale powyżej 38°, dolegliwości nie ustępowały, przyczem chory ciągle tracił na wadze. Poza dodatnim objawem Graefego i drżeniem kończyn górnych zmian objektywnych nie stwierdzono; przypuszczając, że mamy do czynienia z gośćcem tarczycowego pochodzenia, zalecono choremu jod w postaci 2 razy dziennie po 5 kropel 5% KJ. Już po 4 dniach zażywania jodu ciepłota spadła do 37,2°, bóle ustąpiły, a po 10 dniach choremu przybyło na wadze 1,5 kg przy stanie bezgorączkowym. Pacjent opuścił szpital z zaleceniem pobierania jodu przez dłuższy czas, ponieważ przemiana spoczynkowa wykazywała 70%, próby zaś odstawienia jodu na kilka dni dawały pogorszenie w sensie nawrotu objawów chorobowych. Pacjent pobierał jod z małemi przerwami w ciągu roku 1932 do kwietnia 1933 r., czując się nieco osłabionym, doznając od czasu do czasu bólu w plecach. Przemiana spoczynkowa przekraczała — 40% przy dawce jodu 3 r. po 12 kr. W kwietniu 1933 r. wystąpiły objawy migotania przedsionków, wobec czego choremu zalecono zabieg operacyjny. W czwartym tygodniu po dokonanej subtotalnej strumektomji przemiana spoczynkowa spadła do 5%, przyrost na wadze wynosił 10 kg. Jednakże już w 2 tygodnie później wystąpiły bóle w plecach z podniesieniem ciepłoty do 37,2° i nieznacznym spadkiem wagi; wobec powyższego choremu zalecono jod 3 razy dz. po 6 kropel, co bardzo szybko usunęło dolegliwości. Jest to rzadki przypadek gośćca na tle nadczynności tarczycy, przebieg cierpienia wykazuje efekt stosowania jodu, który to lek okazuje się niezbędnym nawet po radykalnym zabiegu — subtotalnej tyreodektomji.

W dyskusji zabierali głos kol. Bender i Makower.

B. Kol. Uryson przedstawił chorą K., lat 66, która od dwóch lat cierpi na stałe napady dławicy bolesnej. Napady te ujawniają się w postaci silnych bólów i uczucia pieczenia w okolicy serca, promieniujących do lewej kończyny górnej. Nerki bez zmian. Ciśnienie krwi 220—120 mm Hg. Wa —; w Roentgenie nieznacznie rozszerzona tętnica główna.

Leczenie wewnętrzne, stosowane w przeciągu dwóch lat, nie dało żadnego wyniku. Kolejno chora otrzymywała związki purynowe, azotyny, narkotyki, dożylne zastrzyknięcia glukozy, eufyliny. Bóle stale nasilały się tak, że chora ostatnio była prawie unieruchomiona, ponieważ próby zrobienia kilku kroków lub podniesienia najmniejszego ciężaru wywoływały natychmiast atak bólowy. W takim stanie chora została skierowana na oddział wewnętrzny B Szpitala im. Poznańskich, gdzie kol. Eisner w dniu 4. VIII. dokonał parawertebralnej injekcji nowokainy (według Mandla) w przestrzeniach międzykręgowych od C do D, zastrzykując do każdego segmentu od 40 do 45 cm³ 0,5% nowokainy. Zabieg chora zniosła bardzo dobrze, bez bólu i tylko przy zastrzyknięciu do D_2 narzekała na intensywne bóle na wewnętrznej stronie ramienia i przedramienia. Od tego czasu w przeciągu 6 tygodni chora nie odczuwała żadnych dolegliwości, mogła wykonywać pracę domową. Od 2 tygodni odczuwa silne bóle między

łopatkami, występujące przy szybkim ruchu; bóle te są jednakże znacznie łagodniejsze, niż przed zabiegiem. Chora prosi o powtórzenie znieczulenia.

Przypadek ten jest przyczynkiem do leczenia ciężkich postaci dławicy bolesnej, nieustępującej przy leczeniu środkami wewnętrznemi, wstrzyknięciami nowokainy. Nie jest to leczenie radykalne, daje jednak znaczną ulgę choremu na szereg tygodni. Ostatnio chirurdzy ograniczają się do wstrzyknięcia do C_8 2 cm³ 5% nowokainy.

Kol. K r y s z e k wygłosił referat pod tyt.: *„O hormonalnem leczeniu schorzeń serca"*. Omówił pojęcie hormonów i inkretów, pojęcie parhormonów, wprowadzone przez Gleya, do których należą „hormony sercowe", jak: eutonon — wyciąg z wątroby, angioksyl i kalikreina — wyciągi z trzustki i hormokardjol, lakarnol i polski myostrjatol i kardjogen — wyciągi z mięśni. Omówił wpływ inkretów na serce, poczem przytoczył doświadczenia Haberlanda i Demoora, które doprowadziły do wykrycia hormonu sercowego.

Po omówieniu znaczenia histaminy i choliny, obszerniej omówił rolę adenozyny w fizjologji i patologji ludzkiej.

Nowe ujęcie w tem świetle uzyskuje proteinoterapja, wprowadzona przez Weichardta. W części szczegółowej omówił poszczególne doświadczalne i kliniczne działanie hormokardjolu, eutononu, padutyny i angioksylu, lakarnolu i myostrjatolu. Przytoczył własne spostrzeżenia. (Rzecz przeznaczona do druku).

W dyskusji: Kol. B e n d e r wyraził zdanie, że cała hormonalna terapja jest psychoterapją względnie proteinoterapją, również dobre wyniki dają zastrzyki mleka, lub tuberkuliny, jakie sam stosował.

Kol. G l i k s m a n wypowiedział kilka uwag w sprawie terminologji hormonów.

Kol. K l o z e n b e r g wyraził wątpliwość, czy przypadek przytoczony przez kol. Bendera był prawdziwą anginą piersiową.

Kol. U r y s o n wspomniał o leczniczem stosowaniu nowokainy.

Kol. S z y f m a n zaznaczył, że w tej sprawie za wcześnie byłoby wyciągać pewne i ostateczne wnioski.

Kol. M a z u r, poboczne działanie myostrjatolu, a mianowicie zawroty głowy — skłonny byłby tłumaczyć rozszerzeniem naczyń błędnika a nie zanieczyszczeniem preparatu.

Kol. K r y s z e k odpowiedział: operowanie ogólnikami w subtelnem zagadnieniu leczenia dławicy bolesnej do niczego nie prowadzi. Momentu psychicznego nie można lekceważyć w żadnym systemie leczenia. Sprowadzanie efektu leczniczego do proteinoterapji nic nie wyjaśnia, gdyż właśnie referent tłumaczył obecne ujmowanie proteinoterapji dzięki nowym zdobyczom farmakodynamicznym. Co się tyczy rozgraniczenia inkretów od hormonów w szerszem znaczeniu tego wyrazu, należy trzymać się definicji Baylissa i Starlinga. Prócz hormonów pobudzających Schaefer wprowadza pojęcie chalonów. Haberland wprowadza pojęcie nekrohormonów roślinnych. Z kardjogenem oddziały wewnętrzne Szpitala Poznańskich mają jeszcze niedostateczne doświadczenie.

Protokół posiedzenia z dnia 10 września 1933 r.

1. Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia z dnia 21 czerwca b. r.

2. *Pokazy chorych:* A) Kol. Kokorzecki przedstawił przypadek porażenia postępującego. Postać ekspansywna, obecnie rzadziej spotykana, charakterystyczna ze względu na bardzo silnie wyrażone halucynacje wzrokowe i słuchowe.

W dyskusji kol. Frenkiel zapytał, czy u chorego zauważono objawy hemiparezy.

Kol. Kokorzecki odpowiedział, że nie zauważono.

B) Kol. Słomczyński przedstawił 2 przypadki schizofrenji paranoidalnej.

Przyp. I. Chora Z. A. lat 23, panna, bez zajęcia, wyznania mojżeszowego, wykształcenie 6 kl. gimnazjum.

Rodzice żyją. Ze strony matki chorował umysłowo dziadek, ze strony ojca siostra. Brat matki popełnił samobójstwo. Brat chorej chorował psychicznie, leczył się w tutejszym szpitalu i zmarł. Pacjentka zachorowała po raz pierwszy przed 4 laty, leczyła się w Zofjówce przez 6 tygodni, powróciła do domu jako zdrowa.

W chwili przybycia do szpitala zachowuje się spokojnie, spogląda wzrokiem zdziwionym dookoła siebie, na zapytania nie odpowiada. Po wprowadzeniu na salę zaczyna biegać, skakać, pada na podłogę, wywraca koziołki, robi dziwaczne miny. Następnego dnia opowiada urojone historje o porwaniu przez jakąś bandę cygańską, czy cyrkową, która woziła ją ze sobą po całym świecie. Co do własnej osoby, miejsca, czasu i otoczenia zorjentowana dobrze. Powiada, że pokazują jej się rozmaite osoby, zwłaszcza w nocy.

Stan obecny: narządy wewnętrzne bez zmian; układ nerwowy prawidłowy. WR. we krwi ujemny.

Chora otrzymała serję zastrzyków mlecznych, gorączkowała dobrze. Zachowanie pacjentki uległo zmianie, nawiązuje luźny kontakt z otoczeniem, powoli zabiera się do pracy.

Przyp. 2. Chory I. P. lat 26 kawaler, wyznania rz. kat. z zawodu tkacz, wykształcenie elementarne. Przebywał w szpitalu dwukrotnie.

Po raz pierwszy zachowuje się naogół spokojnie, zorjentowany co do miejsca, czasu i otoczenia. Twierdzi, że do szpitala przywieziony został siłą spowodu nieporozumień z matką. Matka miała go dlatego uważać za umysłowo chorego, ponieważ wyrażał głębokie myśli filozoficzne.

Badanie stanu fizycznego nie wykazuje zmian chorobowych. Badanie krwi oraz płynu mózgowo-rdzeniowego dało wynik ujemny. Pacjent miał stosowane zastrzyki mleczne, po których gorączkował dobrze. Stan psychiczny nie poprawił się.

Przyjęty po raz wtóry jest nieprzystępny, nie chce się przywitać, podaje, że nie jest chory, tylko mózg pali, szczypie, tak jakby był posypany solą. Obecnie jest maltretowany przez demonów, to jest specjalny rodzaj ludzi — karłów, którzy urodzili

się przed trzystu laty i są wszechwładni. Po serji zastrzyków mlecznych stan psychiczny chorego poprawił się; urojenia wielkościowe utrzymują się, ale pacjent wypowiada je, gdy jest zapytywany. Omamy słuchowe i wzrokowe słabsze. Z otoczeniem nawiązuje kontakt, pracuje chętnie, jada i sypia dobrze.

3. Kol. Falkowski wygłosił referat pod tytułem: *„Objawy początkowe porażenia postępującego"* (autoreferat).

Porażenie postępujące jako zespół objawów było znane już Eskuirolowi. Eskuirol nie ujmował jednakże porażenia postępującego jako jednostki chorobowej, lecz jako stan końcowy różnych postaci chorobowych. Urojenia wielkościowe, składniki psychologiczne i objawy „porażeniowe" (drżenie mięśni, niezgrabność ruchów) jako objawy początkowe tego schorzenia, miały być charakterystyczne dla porażenia postępującego. Jednakże nie Eskuirolowi, lecz współczesnemu mu Baylowi, przypisać należy wyodrębnienie jednostki chorobowej porażenia postępującego. Dla Bayla chory ma wszystkie stopnie nasilenia, zaczynając od ledwo dostrzegalnych objawów chorobowych, aż do zupełnego zniszczenia zdolności psychicznych; w dziedzinie somatycznej: zaczynając od utrudnionych ruchów, aż do zupełnego porażenia narządów ruchu. Pomiędzy objawami psychicznemi i cielesnemi istnieje paralelizm. Zaburzenia w obu tych sferach występują jako objawy jednej i tej samej podstawowej choroby przewlekłego zapalenia opony miękkiej mózgu. Przeszło 20 lat trwał spór w poglądach na p. p. Dopiero w 1846 r. Bajllogér, wyznawca zapatrywań Eskuirola, ustąpił, zapatrywanie Bayla zwyciężyło. W zapatrywaniach na p. p. odróżniamy 4 okresy. 1) Nozologiczny: Bayle, Parchappe, Baillarger. 2) anatomiczny: Westfal Magnian, Mierzejewski, Nissl, Alzheimer, 3) etjologiczny: Fournier, Noguchi, 4) patologiczny — humoralny. Ustalenie zmian anatomicznych przy p. p. zawdzięczamy Nisslowi. Najstalszą i patognomoniczną cechą p. p. przy istnieniu innych zmian w tkance nerwowej jest obecność komórek plazmatycznych. W 1912 r. Noguchi udowodnił charakter kiłowy p. p. przez odkrycie krętka bladego w tkance mózgowej przy p. p. Wprowadzenie przez Langego odczynu złota koloidalnego w płynie mózgowo-rdzeniowym rozpoczęło ostatni etap poglądów na p. p. — okres humoralny.

Prelegent omawia reakcje w płynie mózgowo-rdzeniowym. Na początku okresu humoralnego znane były reakcje na 1) białko, 2) pleocytoza, 3) odczyn Bordet-Wassermanna, 4) Odczyny globulinowe. Potem przybyły, inne najpoważniejsze z nich: 1) reakcja złotowa Langego, 2) benzoesową Guillaina, 3) z mastyką Emanuela, 4) parafinowa, 5) Takata-Ara, 6) hemolizynowy odczyn Wesla i Kafki, 7) próba przepuszczalności oponowej Waltera. W p. p. występują stale zaburzenia psychiczne, zaczynając od najlżejszych zmian w usposobieniu, przyzwyczajeniach, nawyknieniach chorego, przez zaburzenia pamięci, postrzegania, krytyki orjentacji, występowanie urojeń, omanów i t. d. W porażeniu postępującym spotykamy wszystkie znane nam postacie zaburzeń psychicznych. Urojenia wielkościowe nie odgrywają w przebiegu p. p. tej roli, jaką upatrywał Eskuirol, inaczej ma się z objawami

somatycznemi. Eskuirol wiernie dostrzegł objawy, nazwane przez niego porażeniowemi. Zaburzenie mowy, drżenie mięśni, niezgrabność wykonywanych ruchów prowadzą przez insulty paralityczne, zaburzenia w czynności zwieraczy i inne objawy ogniskowe, do najcięższego zespołu objawów *status paraliticus*. Początek jest bardzo niejednolity, przebieg różnorodny prowadzi przez postacie: otępieniową, depresyjną, ekspansywną, galopującą, Lisauerowską do wyniku fatalnego, może dawać jednakże długotrwałe remisje. Porażenie postępujące jest jednostką chorobową o znanej etjologji, znanem podłożu anatomicznem, ustalonemi zmianami humoralnemi, zaburzeniami psychicznemi, przebiegu zmierzającym do zejścia śmiertelnego. W każdym z okresów choroby może nastąpić remisja krótka, lub długotrwała. Rozpoznanie we wczesnym okresie ma duże znaczenie dla leczenia, które w latach ostatnich zrobiło znaczne postępy i ma znaczenie społeczne.

W dyskusji zabierali głos kol. Frenkel, Ściesiński, Makower, Szmirgeld i prelegent.

4) Kol. Januszkiewicz. Pokaz mózgu i preparatów drobnowidowych wścieklizny *(lyssa humana)*.

Protokół posiedzenia z dnia 4 października 1933 r.

1. Przez balotowanie przyjęto w poczet członków Tow. kol. Feliksa Turyna.

2. Kol. Żebrowski: „*Krwawienia po wyłuszczeniu migdałków*". (Autoreferat).

Doszczętne wyłuszczenie migdałków podniebiennych jest jedną z najstarszych i najczęstszych operacyj. 2.000 lat temu Celsus miał usuwać migdałki zapomocą palca. Jednak nowoczesna metoda całkowitego usuwania migdałków jest zdobyczą dopiero ostatniego 20-lecia.

Spośród rozlicznych powikłań pooperacyjnych najważniejsze jest krwawienie, względnie krwotok, wywołany przez uszkodzenie splotu żył, znajdujących się poza migdałkami. Krwawień tętniczych nie bywa. Według Kmity tętnica migdałkowa *(art. tonsillaris)*, pomimo pewnych różnic w odgałęzieniu jej od *art. palatina ascendens*, nie może być powodem krwotoku pooperacyjnego ze względu na jej bardzo mały wymiar. Natomiast krwawienia pochodzić mogą z żyły, znajdującej się za migdałkiem, o której nie wspominają anatomowie, a którą Kmita nastrzyknął i nazwał *vena pharyngea interna sive media*.

Po pokazie na epidiaskopie ilustracyj ukrwienia migdałków według Kmity oraz różnych metod operacyjnych, omówił prelegent kilka silnych krwotoków pooperacyjnych, znanych z literatury (niektóre zakończone zejściem śmiertelnem). Opisał następnie mechanizm powstawania krwotoków pooperacyjnych, znaczenie wymiotów krwawych oraz wpływ spadku ciśnienia krwi na samoistne zahamowanie krwotoku. Ze środków hemostatycznych za najlepszy uważa Coagulen, który stosuje po wszystkich tonsilektomjach zarówno u dorosłych jak i u dzieci.

3. Kol. Chrzanowski wygłosił referat pod tytułem: „*Przypadek kiły dziedzicznej żołądka*". (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Uryson uważa, że demonstrowany przypadek zasługuje na wyróżnienie ze względów diagnostycznych. Zwykle rozpoznanie podobnych przypadków odbywa się po zabiegu operacyjnym przy badaniu skrawków wyciętego guza żołądkowego. Przypadki kiły żołądka należy jaknajczęściej demonstrować, aby przypomnieć lekarzom, że schorzenie to nie należy do rzadkich. O ile guzy kilakowate są naogół białemi krukami i nie każde muzeum anatomo-patologiczne może poszczycić się odpowiedniemi preparatami, o tyle częstsze, lecz zwykle zapoznawane, są przypadki kiły żołądka, ujawniającej się w postaci katarów lub owrzodzeń.

Ewald sądzi, że 10% wszystkich wrzodów jest pochodzenia kiłowego, zaś Mariano Costex (Buenos Aires) uważa, że większość ich jest tegoż pochodzenia. Przyczyna ma polegać na zmianach w układzie naczyniowym (*gastritis* i *ulcus*), lub też w zadziałaniu jadu kiłowego na układ roślinny nerwów, co według Bergmana jest jedną z głównych przyczyn powstawania wrzodu. Typowego obrazu kiły żołądka niema, raczej charakterystyczną ma być atypowość.

Jednakże są niektóre cechy, które powinny nasunąć myśl na kiłę. Są to: obniżona kwasota, skłonność do krwotoków bez zmian rentgenologicznych, brak charłactwa przy guzach i co najważniejsze wynik leczenia swoistego. Tu zasługuje na specjalną uwagę fakt, że chorzy z kiłą żołądka doskonale znoszą jod, lek absolutnie nietolerowany przy zwykłych katarach.

Kol. Kocen zaznaczył, że prof. Hirszfeld z Warszawy wykonuje odczyny Wa z treścią żołądkową. W przypadkach, w których we krwi odczyn był ujemny, w treści znajdowano dodatni.

Protokół posiedzenia z dnia 18 października 1933.

1. Pokazy chorych:

A) Kol. Rabinowicz - Ginsbergowa przedstawiła z oddziału wewnętrznego B szpitala Poznańskich w Łodzi przypadek *początkowej zgorzeli na tle miażdżycy naczyń, skutecznie leczony acekoliną i padutyną.*

Chora F., lat 65, zgłosiła się do szpitala spowodu początkowej zgorzeli piątego palca lewej nogi, bardzo bolesnej i zakwalifikowanej (na prowincji) do amputacji.

W chwili przybycia do szpitala stwierdzono: chora wzrostu średniego, odżywiania dobrego. Serce konfiguracji aortalnej z rozszerzeniem lewej komory, szmerem skurczowym i zaakcentowaniem drugiego tonu nad aortą. Ciśnienie Hg 220/90 przy tętnie 80; płuca bez zmian, wątroba nieco wyczuwalna. Wszystkie palce stopy lewej sinawe, duży palec zimny, od połowy całkowicie siny; w czubku brak czucia; tętnienie na *art. dorsalis pedis* wyczuwalne, mniej wyraźne niż na kończynie prawej. Ciśnienie na

obu kończynach jednakowe 210/90, przyczem oscylacje na kończynie lewej są minimalne (1—2 podziałek według Pachona).

Kapilaroskopja (kol. Fajwlewicz) wykazuje na zrębku paznogciowym kapilary o długich prostych ramionach i szybkim ruchu naczyniowym: poczynając od śródstopia widoczne są tylko ułamki kapilarów, szerokie o minimalnym ruchu. Cukier we krwi w granicach normy, mocz bez zmian. Po zastosowaniu 12 injekcyj acekoliny po 0,2 i 5 injekcyj padutyny oraz suchych opatrunkach z dermatolem ciśnienie spadło do 150/70; oscylacje na kończynie lewej zwiększyły się do 6—7 podz., sinica palców i martwica ustąpiły, lokalizując się na minimalnym odcinku czubka palca. Palec ciepły, niebolesny; bóle, które zmuszały do stosowania narkotyków, całkowicie ustąpiły i chora w stanie dobrym opuściła oddział po 3-tygodniowym pobycie.

B) Kol. Szyfman przedstawił przypadek *„Bronchitis chronica fibrinosa"*.

2. Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia z dnia 4 października r. b.

3. Kol. Tatarzyńska: *„Przypadek zawału serca"*.

W dyskusji zabierał głos kol. Justman.

4. Kol. S. Neumark wygłosił referat: *„Kiła stawów w rentgenogramie"*.

W dyskusji zabierali głos kol. Frenkel, Szyfman i kol. Sonnenberg (autoreferat).

Poruszana przez kol. Neumarka sprawa zmian kiłowych w stawach należy pod względem rozpoznawczym do zadań bardzo trudnych, a to dlatego, że stawy są siedzibą szeregu stanów chorobowych, jak kiła, gościec, dna, gruźlica, rzeżączka i t. d. i że przejawy tych stanów chorobowych są bardzo do siebie zbliżone. Na specjalną uwagę zasługuje fakt, kiedy odczyn Wassermanna występuje w wysięku stawowym, a niema go we krwi, lub kiedy między odczynem Wa. we krwi i wysięku istnieje różnica ilościowa, t .j. kiedy odczyn ten w wysięku jest mocniej zaznaczony. Takie zjawiska, które świadczą z jednej strony o tem, że akcja obronna ustroju nie jest jednakowa na wszystkich jego odcinkach, a z drugiej strony — są wyrazem małej łączności stawów z innemi narządami i pewnej samodzielności stawów, stanowią — zdaniem kol. Sonnenberga — ważne punkty orjentacyjne w sprawie, o której mowa. Z tej więc racji, zdaniem kol. S., zjawiska takie powinny być uważane za objaw patognomoniczny kiły stawów, jak naprzykład odczyn Wa. w płynie mózgowo-rdzeniowym wówczas, kiedy go niema we krwi, lub odczyn Wa. w przedniej komorze oka.

Korzystając z okazji omawiania zmian kiłowych w stawach, kol. Sonnenberg przypomina o istnieniu t. zw. *„Psoriasis arthropathica"*, t. j. zmian w stawach, spostrzeganych czasem przy łuszczycy, a mianowicie przy *„Psoriasis rupioides"*, o tendencji wysiękowej. Że istnieje związek przyczynowy między łuszczycą i cierpieniem stawu — dowodzą obostrzenia w stawach, przy każdej recydywie łuszczycy i zmniejszaniu się objawów w stawach wraz z występowaniem wykwitów. Kol. S. przypomina

o tem cierpieniu stawów dlatego, że w razie koincydencji z kiłą powstają poważne trudności rozpoznawcze, gdy chodzi o ustalenie momentu etjologicznego. Taki przypadek cierpienia stawów przy łuszczycy obserwuje obecnie kol. Sonnenberg w szpitalu św. Aleksandra. Zdjęcie rentgenograficzne zrobił kol. H. Garewicz.

Protokół posiedzenia z dnia 25 października 1933.

1. Odczytano i przyjęto protokół posiedzenia z dnia 18 października r. b.

2. Pokazy chorych:

A) Kol. Szyfman przedstawił 2 przypadki z oddziału A szpitala Poznańskich w Łodzi.

Przyp. I. Chory lat 57, u którego rozpoznanie nastręczało początkowo wielkie trudności. Choroba obecna rozpoczęła się przed rokiem od ogólnego osłabienia; przed 6 miesiącami nagle wystąpiły pakiety gruczołów nad obojczykami i ból w prawym boku; chory stale gorączkował. W dniu przybycia do szpitala stwierdzono: w dołkach nadobojczykowych pakiety drobnych gruczołów, niezrośniętych z podstawą, niebolesnych; obustronny wysięk opłucnowy; płyn wydobyty z opłucnej surowiczy, zapalny, w osadzie limfocyty. OB — 35 m. Mantoux dodatni w 6 rozcieńczeniu. Zdjęcie klatki piersiowej: twarde cienie zagęszczenia w prawym szczycie; w prawem środkowem polu płucnem — zrost międzypłatowy, zaciemnienie obu dolnych pól płucnych wraz z kątem przeponowo-żebrowym. Przepona ruchoma. Diazo ujemne. Wa. ujemny. Morfologja nic osobliwego. Przy różniczkowaniu wchodziły w rachubę: *tumor,* wychodzący z klatki piersiowej, *lymphogranulomatosis,* wreszcie rzadka w tym wieku „dziecięca" postać gruźlicy gruczołów z zaatakowaniem opłucnej. Zbadany histologicznie wycięty gruczoł wykazał, że mamy do czynienia z gruźlicą. Przypadek zasługuje na uwagę z dwóch względów: 1) na rzadkość tej postaci gruźlicy w podeszłym wieku; 2) ze względu na pewien efekt terapeutyczny stosowania tuberkuliny: zmniejszyły się znacznie gruczoły, powiększyła się ilość moczu, na co przy leczeniu wysięków gruźliczych specjalną uwagę zwraca Neuman.

Przyp. II. Chora lat 42, która od kilku tygodni ma uporczywe, prawie stałe bóle w lewej kończynie górnej; bóle te wzmagają się przy wysiłku, ustępują pod wpływem nitrogliceryny. Badanie kliniczne, zdjęcie rentgenowskie, dodatni Wa we krwi — uprawniają do rozpoznania *Mesaortitis luica.* Zasługują na uwagę stałe bóle w lewej kończynie górnej pochodzenia naczyniowego.

B) Kol. Chrzanowski przedstawił krzywą elektrokardjograficzną 2 przypadków częstoskurczu na tle trzepotania przedsionków, gdzie po podaniu naparstnicy w większych dawkach *(pulv. fol. Digitalis* około 1,0 dziennie) trzepotanie poprzez migotanie przedsionków przeszło w rytm zatokowy.

W dyskusji zabierali głos kol. Kryszek i Bender.

C) Kol. B e n d e r przedstawił 2 przypadki *dusznicy bolesnej na tle wady serca,* leczone objawowo pomyślnie domięśniowemi zastrzykami mleka.

3. Kol. K o c e n wygłosił referat pod tytułem: *„O wartości klinicznej przyżyciowego badania szpiku kostnego"*.

P r o t o k ó ł p o s i e d z e n i a w dniu 8 listopada 1933 r.

1. Kol. M. L e w e n f i s z przedstawił chorą S. L., lat 40. W marcu r. b. chora zauważyła naciek w prawej piersi. Nie chciała poddać się amputacji piersi. Miała naświetlaną pierś promieniami Roentgena. Nacieczenie w piersi pod wpływem naświetlań znikło. W sierpniu r. b. zaczęła odczuwać bardzo intensywne bóle w okolicy krzyżowej i wzdłuż prawej kończyny dolnej. Udała się do lekarza, który skierował ją do naświetlania Roentgenem, podejrzewając przerzuty nowotworowe. Chora zgłosiła się na naświetlania 21. VIII. r. b. Dokonane zdjęcia wykazały: wszystkie kości w skład miednicy wchodzące, wraz z główkami i szyjkami obu kości udowych, usiane okrągławemi plamami — rozrzedzenia o średnicy 5 mm; podobne zmiany we wszystkich kręgach lędźwiowych, kręgach szyjnych; górne kręgi piersiowe o rysunku drobnoplamistym; dolne odcinki łopatek, jak również żebra, wykazują zmiany tego samego typu. To samo w górnych częściach kości ramieniowych; częściowe zniszczenie tylnego zarysu siodła tureckiego. Poza zmianami rakowatemi w kościach (przerzuty) — stwierdza się liczne drobne nacieki w skórze brzucha i pleców. Również powiększone w nieznacznym stopniu gruczoły w obu okolicach nadobojczykowych.

Badanie mikroskopowe wyciętego nacieku w skórze brzucha wykazało obraz histologiczny, upoważniający do rozpoznania raka bez bliższego określenia typu.

Ilość wapnia w surowicy krwi: 15,2 mg %.

Badanie hematologiczne krwi wykazało: hemoglobiny 57%, wskaźnik barwnikowy 0,89, liczba krwinek 4,100.000, liczba białych ciałek 4.800, myelocyty 1,3%, pałeczkowate 5%, segmentowane 58%, kwasochłonne 6%, zasadochłonne 2 i 2/3%, limfocyty małe i duże 16%, monocyty i postacie przejściowe 12%, 2 normoblasty na 300 białych ciałek, dość znaczna anizocytoza i lekka polichromatofilja.

Naświetlałem Roentgenem okolicę krzyżową chorej; po naświetlaniach bóle zupełnie ustąpiły. Przed naświetlaniami, spowodu silnych stałych bólów, stosowano chorej kilka razy dziennie pantopon i morfinę; od czasu naświetlań upłynęło zgórą dwa miesiące, chora czuje się zupełnie dobrze, żadnych bólów nie odczuwa, przybrała na wadze 2 kg, pędzi tryb życia towarzyski, tańszy, podróżuje.

Wykonane przed dwoma dniami zdjęcia rentgenowskie układu kostnego wykazują, że ilość przerzutów znacznie się powiększyła.

Przypadek ten jest ciekawy z dwóch względów:

1) wykazuje rzadko spotykaną dysproporcję pomiędzy doskonałem samopoczuciem chorej, a rozległemi przerzutami nowotworowemi;

2) stosowanie rentgenoterapji w tak beznadziejnych napozór przypadkach może dać nieoczekiwane wyniki, jeśli chodzi o moment bólu i oszczędzenie cierpień choremu, bez wpływania na dalszy postęp sprawy chorobowej, który jest przesądzony.

2. Kol. Lewenfisz przedstawił chorego A. R. lat 61. Rozpoznanie szpitalne: *białaczka limfatyczna*. Zakwalifikowany do leczenia Roentgenem. Przed leczeniem badanie hematologiczne wykazało: hemoglobiny 90%, wskaźnik barwnikowy 1,05, liczba krwinek 4,300.000, liczba białych ciałek 76.600, pałeczkowate 0,5%, segmentowane 6,5%, limfocyty małe i duże 92%, monocyty i postacie przejściowe 1%, pojedyńcze limfoblasty, dość liczne cienie Guamprechta.

Miał naświetlane powiększone gruczoły w obu pachwinach, w obu pachach, gruczoły z obu stron szyi i żuchwy i obu okolic nadobojczykowych. Ogólna ilość naświetlań 10.

Po każdem naświetlaniu obraz hematologiczny poprawiał się: liczba białych ciałek stopniowo się zmniejszała, liczba zaś krwinek nawet się powiększyła.

Po 10 naświetlaniu wynik badania hematologicznego wykazał: hemoglobiny 60%, wskaźnik barwnikowy 0,81, liczba krwinek 4,600.000, liczba białych ciałek 13.800, segmentowane 2%, kwasochłonne 1%, limfocyty małe i duże 96%, monocyty i postacie przejściowe 1%, anizocytoza, liczne cienie Guamprechta.

Pacjent obecnie czuje się zupełnie zdrowy i od kilku tygodni pracuje w fabryce (jest robotnikiem).

Przypadek ten zasługuje na uwagę, jako przykład dobrego wyniku leczniczego osiąganego Roentgenem w przypadkach białaczki limfatycznej. Zresztą jest to jedyna metoda lecznicza obecnie przyjęta w leczeniu białaczki limfatycznej. (Autoreferat).

3. Kol. Liniecki przedstawił dwie chore *po ostrym gośćcu stawowym* leczonych stosowaniem 10% rozczynu *natrii salicylici* i 1% rozczynu *amidopirini* przez odbytnicę. W ciągu 4 lat leczonych było w ten sposób ośmiu chorych. Chorzy dostawali od pierwszego dnia choroby 10 g *natrii salicylici* i 1 g *amidopirini* dziennie w 2 mikrolewatywach rano i wieczorem. Wyniki tego leczenia są bardzo zachęcające i metoda ta ma te zalety przed innemi sposobami, że skraca przebieg choroby o połowę, w niektórych wypadkach jeszcze bardziej. U dwóch demonstrowanych chorych zupełne wyzdrowienie nastąpiło: w jednym wypadku po 4 tygodniach, w drugim po 3 tyg. Prelegent jako lekarz domowy K. Ch. od 1930 r. przedstawia swój materjał, który szczegółowo omawia. W ciągu 4 lat na ostry gościec stawowy było wszystkiego 12 chorych: w r. 1930 na 3.500 ubezpieczonych było 4 chorych, w 1931 r. na 4.000 ubezpieczonych było 3 chorych, w 1932 r. na 2.000 ubezpieczonych było 2 chorych i w 1933 r. na 2.500 ubezpieczonych było 3 chorych. W przybliżeniu więc na 1.000 ubezpieczonych przypada rocznie 1 chory. Z tych 12 chorych 4 skierowano do szpitala, ponieważ warunki domowe nie pozwalały

na przeprowadzenie kuracji. U 8 chorych leczenie lewatywami salicylowemi rozpoczęto od 1 dnia choroby, przyczem niezależnie od wyniku leczenia stosowano w ciągu pierwszych 10 dni choroby codziennie po 10 g salicylu i 1 g amidopiryny, w dwóch lewatywach rano i wieczorem. Zwykle po kilku dniach następowała już znaczna poprawa, która utrzymywała się do końca choroby. Nie widzieliśmy nawrotów, co tłumaczymy sobie stosowaniem bez przerwy salicylu. Po 10 dniach zwykle była czyniona przerwa na 2 dni i potem stosowano już w zależności od stanu chorego tylko raz dziennie po 5 g salicylu i $^{1}/_{2}$ g amidopiryny w jednej mikrolewatywie. Każdy chory dostawał w ciągu kuracji od 120 do 150 g salicylu i 10—12 g amidopiryny. Przy tym sposobie leczenia nie było żadnych ujemnych objawów i powikłań. Materjał jest mały, przyszłość pokaże, czy ten optymizm jest uzasadniony. Jedna z tych chorych, którą dziś demonstrowano, chorowała przed 8 laty na ostry gościec stawowy i leżała wtedy w łóżku przez trzy miesiące. Teraz cały przebieg choroby, chociaż zaczęliśmy leczenie już po tygodniu od zachorowania, trwał zaledwie cztery tygodnie. Kuracja ta we wszystkich wypadkach była przeprowadzana bardzo dokładnie.

Upływa już prawie 60 lat od czasu stosowania przy ostrym gośćcu stawowym preparatów salicylowych, jednakowoż do dnia dzisiejszego brak jeszcze normalizacji w tej dziedzinie. Zmiana poglądów na genezę ostrego gośćca stawowego nie jest tego przyczyną. Brak jednolitych poglądów w dozowaniu salicylu powoduje, że choroba ta ciągnie się często miesiącami, zanim chory wróci do zdrowia. Większość lekarzy stosuje preparaty salicylowe doustnie w najróżniejszych dawkach, zaczynając od 3 do 15 g dziennie, przyczem bardzo często chory nie zużywa tej dawki i to może być przyczyną znacznego przedłużenia się przebiegu choroby.

Uważam ten sposób leczenia za wyjątkowo celowy dla chorego, dla szpitali i dla instytucyj ub. społ., statystyka bowiem szpitalna wykazuje, że chorzy na ostry gościec stawowy przebywają średnio od 8—15 tygodni w szpitalach. (Autoreferat).

W dyskusji nad pokazem kol. Linieckiego:

Kol. S. Minc nie zgadza się z kol. Linieckim, by we wszystkich przypadkach gośćca ostrego należało stosować drogą odbytnicową *Natr. Salicyl.* Widział bardzo dobre wyniki przy stosowaniu *Natr. Salicyl.* doustnie.

Kol. Tenenbaum widział świetne wyniki przy stosowaniu *Natr. Salicyl.* doustnie; miewał również dobre wyniki przy stosowaniu w ostrym gośćcu zastrzykiwań podskórnych mleka, innych preparatów białkowych, jakoteż i aurosanu. Należy przypadki gośćca ostrego indywidualizować i stosować leki zarówno i metody w zależności od przypadku.

Kol. Szyfman jest również tego zdania tem bardziej, że nie jest zupełnie obojętną rzeczą stosowanie leków drogą odbytnicową. Zdarzają się bowiem ciężkie podrażnienia odbytnicy wskutek stosowania leków tą drogą.

Prelegent kol. L i n i e c k i *w odpowiedzi* wyjaśnia, że ta mała statystyka jest wyjątkowo dokładna i cenna. W tym rejonie bowiem ilość ubezpieczonych i chorych na ostry gościec stawowy odpowiada faktycznemu stanowi rzeczy, gdyż każdy ubezpieczony ma swoją kartę chorobową.

Co się tyczy leczenia zastrzykami wątpi, czy jest celowe zaczynanie leczenia ostrego gośćca zastrzykami mleka, aurosanu, szczepieniami i t. p., jak się to robi przy gośćcu stawowym przewlekłym. Czy nie uszkadzamy odbytnicy? Nie widział komplikacyj ze strony odbytnicy, skarg ze strony chorych nie było. Jeśliby takowe były, to napewno mniej szkodliwe niż uszkodzenie żołądka przy doustnem stosowaniu. Doustne stosowanie często wywołuje *gastritis ulcerosa* z wymiotami i nawet z krwawieniami. Co się tyczy szybkości działania przy doustnem stosowaniu, to nikt przecież temu nie przeczy, zato ilość nawrotów jest większa i przebieg choroby bywa znacznie dłuższy. Widział duże dawki, które zapisywano w szpitalu, jednakże nie widział, żeby były zużywane. Często po 2—3 dniach w butelce była więcej niż połowa leku, gdyż chory dostawał po 3—4 g dziennie, zamiast 10—15 g, jak sobie życzył tego ordynator. Przyczyną tego są wstręt do tego leku i bóle żołądka. Poleca tę metodę, jako skracającą przebieg choroby, zapobiegającą nawrotom jej, a możliwie, że nawet powikłaniom.

4. Kol. S z y f m a n demonstruje chorego z oddziału wewnętrznego A Szpitala im. Poznańskich. Chory, lat 20, zapada od kilkunastu lat okresowo na *nieżyt oskrzeli o charakterze astmatycznym (bronchitis asthmatica).* Choroba obecna rozpoczęła się przed 7 tygodniami od bólu głowy, gorączki i nieżytu oskrzeli. Stan taki utrzymywał się w ciągu kilku tygodni. Chory podaje, że istniało podejrzenie tyfusu brzusznego, ale badanie krwi na odczyn Widala dało wynik ujemny. Wezwany do chorego w 4 tygodniu choroby stwierdził prócz rozlanego nieżytu oskrzeli tylko nieznaczne przytłumienie między prawą łopatką a kręgosłupem; osłuchowo — nad przytłumieniem tylko zaostrzony oddech i świsty. We krwi stwierdzono 27.000 leukocytów; plwocina makroskopowo nosiła wyraźny charakter ropny. Na podstawie charakteru plwociny, wybitnej leukocytozy i długotrwałej kilkutygodniowej gorączki powstało podejrzenie ropnia płuca prawego, mimo braku wyraźnych zmian fizykalnych. Chory został skierowany do szpitala, gdzie stwierdzono rentgenograficznie duży ropień wielkości pomarańczy w górnym płacie prawego płuca. Zastosowano kurację, przyjętą na oddziale szpitalnym, mianowicie: dożylnie co czwarty dzień neosalwarsan, codziennie emetynę z przerwą po każdych 6 zastrzykiwaniach; wreszcie jod. Już po kilku dniach nastąpiła znaczna poprawa. Obecnie chory od kilkunastu dni jest bez gorączki, przestaje odpluwać plwociną, a rentgenogram wykazuje jamę zupełnie nieczynną.

Przypadek zasługuje na uwagę ze względu na trudności rozpoznawcze, jakie nasunął ropień wobec minimalnych objawów fizykalnych i ze względu na dobry wynik leczniczy.

W dyskusji zabierali głos kol. kol.: Tenenbaum, Bender i Szyfman.

5. Kol. Frenkiel wygłosił odczyt p. t.: *„O ostrych psychozach śmiertelnych"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Itelson zapytuje, czy w tych przypadkach dokonywano badań nad gospodarką solną i czy azotemja nie była wtórną.

Kol. Turyn przypomina, że w piśmiennictwie francuskiem wskazuje się na duże ilości azotu w moczu takich chorych i zapytuje, czem należy tłumaczyć tak dużą retencję azotu przy jednoczesnem dobrem wydalaniem azotu.

Kol. Szyfman zapytuje, czy chorzy nie wymiotowali i czy nie spostrzegano objawów zagęszczenia krwi.

W odpowiedzi: Kol. Frenkiel zaznacza, że azotemja nie jest pierwotna, że nie jest ona przyczyną schorzenia; że nie znalazł nigdzie wzmianki o zagęszczeniu krwi. Co do gospodarki solnej, to w wypadkach chirurgicznych z azotemją stosują wstrzyknięcia dożylne soli. Nie jest wykluczone również, że duże liczby, podane przez francuskich autorów, nie są zupełnie ścisłe.

6. Kol. Kocen wygłosił odczyt: *„O polskiem piśmiennictwie lekarskiem"*. (P. G. L. Nr. 5, 1934).

W dyskusji zabierali głos kol. Mogilnicki i prelegent.

Protokół posiedzenia z dnia 22 listopada 1933 roku.

1. Kol. Morawski wygłosił referat pod tyt.: *„Leczenie owrzodzeń dwunastniczych"*. (Praca ukaże się w druku).

W dyskusji: Kol. Turyn: Metoda odżywiania przez sondę ma za sobą autorytety naukowe. Wyniki podane przez prelegenta nie są lepsze od wyników leczenia innemi metodami. Ilość wprowadzanych pokarmów jest zbyt obfita i częściowo nie zostaje zużyta, chorzy bowiem nie zyskują na wadze. Odbijanie może być skutkiem połykania powietrza *(aerophagia)*.

Kol. Frenkiel zapytał, czy w czasie kuracji nie stwierdzano uczucia głodowego i jaki wpływ na dalszy proces trawienny wywiera brak fermentów jamy ustnej.

Kol. Gliksman — wyniki podane przez prelegenta nie przekonywują o jej wyższości nad innemi metodami leczniczemi. Kilkutygodniowy pobyt w szpitalu przy zachowaniu odpowiedniej diety sam przez się może dodatnio wpłynąć na omawiane cierpienia.

Kol. Bornstein zaznaczył, że ambulatoryjne metody leczenia owrzodzeń żołądka i dwunastnicy dają wyniki niegorsze od przytoczonych przez prelegenta.

Kol. Morawski *odpowiedział*, iż ferment ślinowy dostaje się do żołądka przez połykanie śliny. Metoda przytoczona nie jest idealna, ale jest dobra i dała dobre wyniki w przypadkach przewlekłych, w których inne metody lecznicze zawodziły.

Protokół posiedzenia z dnia 29 listopada 1933.

1. Referaty pod tyt.: *„Z kazuistyki kiły narządów wewnętrznych"* wygłosili kol. N. Trachtenherc i kol. P. Kotok.

a) Kol. Trachtenherc wygłosił odczyt p. t.: *„Z kazuistyki kiły tętnicy głównej"*.

W klinice sercowej kiła aorty coraz bardziej wysuwa się na pierwszy plan. W ciągu 8 miesięcy obserwowano na oddziale wewnętrznym B Szpitala im. Poznańskich na 300 chorych 9 przypadków kiły aorty w postaci prostej lub powikłanej (3% — wobec 4% innych autorów). Prelegent przytacza dwa przypadki: jeden plejosymptomatyczny, drugi oligosymptomatyczny. Reszta przypadków mieści się między temi dwiema krańcowościami, dając razem bogatą skalę stopniowania objawów aortalnych. Dalej wskazuje na ważność wczesnego rozpoznania i wczesnego rozpoczętego leczenia oraz podaje schemat leczenia, stosowanego na oddziałach wewnętrznych Szpitala im. Poznańskich. (Autoreferat).

W dyskusji: Kol. Taubenhaus zwraca uwagę na sprawę poronień samoistnych przy kile; poronienia te następują w późniejszych miesiącach ciąży; krętki blade przechodzą bowiem do płodu później.

b) Kol. Kotok omawia 3 przypadki *kiły wątroby* spostrzegane w ciągu ostatnich dziewięciu miesięcy na oddziale wewnętrznym A Szpitala im. Poznańskich. Przypadki te zasługują na omówienie ze względu na niektóre ciekawe objawy kliniczne. Prelegent uważa, że przyczyną częstych pomyłek rozpoznawczych jest to, że: 1) za mało jesteśmy nastawieni na kiłę narządów wewnętrznych; 2) zbyt wielką uwagę przypisuje się ujemnemu odczynowi Wassermanna, co wcale nie decyduje o rozpoznaniu; 3) że istnieją trudności rozpoznawcze w przypadkach łudząco przypominających swym przebiegiem kamicę wątrobową, zapalenie woreczka żółciowego i ropień wątroby (autoreferat).

W dyskusji zabierali głos kol. kol. Bender, Jelenkiewicz i referent.

2. Kol. L. Szyfman i Kol. H. Kryszek wygłosili odczyt pod tytułem: *„Cukrzyca a dusznica bolesna"*.

Pierwszą część odczytu, omawiającą sprawę z punktu widzenia przemiany materji, wygłasza kol. Szyfman.

Kol. Kryszek omawia znaczenie gotowości odczynowej dla powstania obrazu dławicy bolesnej. Zatrzymuje się dłużej nad wartością diagnostyczną i prognostyczną bolesności punktów uciskowych splotów szyjnych. Łagodniejszy przebieg dławicy bolesnej u cukrzycowych sprowadza do wyższego ciśnienia w przypadkach cukrzycy, powikłanej miażdżycą i do drętwiejszego układu nerwowego, czego wyrazem jest mniejsza bolesność lub brak bolesności wspomnianych punktów uciskowych. Na podstawie spostrzeżeń wspólnych z kol. Szyfmanem omawia wpływ insuliny na przebieg dławicy piersiowej. (Autoreferat).

W dyskusji nad odczytem zabierali głos kol. kol. Praszkier, Bender, J. Kon, M. Dawidowicz, Jelenkiewicz, R. Bornstein oraz prelegenci.

Protokół posiedzenia z dnia 6 grudnia 1933.

1. Kol. H. Kryszek i Kol. L. Minc omówili: *„Przypadek bloku serca o rzadkim przebiegu"*.

a) Kol. L. Minc zademonstrował wykresy elektrokardjograficzne pacjentki dra Kryszka, skierowanej do zdjęcia elektrokardjograficznego z rozpoznaniem bloku serca. Wykresy te ilustrują przebieg okresu chorobowego w przeciągu 10 miesięcy. Na wykresach początkowych stwierdza się zjawisko bloku przedsionkowo-komorowego oraz interferencję z pararytmją. Na ostatnim wykresie blok całkowity przeszedł w odprowadzeniu pierwszem i drugiem w blok częściowy typu pierwszego, zaś w odprowadzeniu trzeciem w rzadką postać bloku mieszanego.

b) Kol. Kryszek omawia kliniczną stronę przypadku. Podkreśla znaczenie elektrokardjografji dla poznania zaburzeń przewodnictwa i umożliwienie dzięki temu obecnie potwierdzenia przypuszczalnego rozpoznania już na podstawie objawów klinicznych. Do takich objawów należą występujące w danym przypadku: 1) okresowe nasilenie I, wzgl. II tonu u podstawy, jako skutek jednoczesnego skurczu przedsionka i komory; 2) nieregularne tętnienie żylne, niezależne od oddechania, z nasadzanemi falami; 3) bradyarytmję. Przypadek dotyczy 22-letniej pielęgniarki. W wywiadach — poza przebytą w dzieciństwie odrą, zapaleniem gruczołów przyusznych, częstemi anginami — w siódmym roku życia błonica.

Omawiając zachodzące w przypadku zjawiska akustyczne — nawiązuje do krzywych elektrokardjograficznych, pokazanych przez kol. L. Minca. Szmer skurczowy, słyszalny nad koniuszkiem, nie był wyrazem niedomykalności zastawki dwudzielnej. Omawia mechanizm powstawania szmeru skurczowego przy bloku z wolnem tętnem. Rokowanie ustala elektrokardjograf. W danym przypadku — dobre, gdyż P. R. nie wydłużało się w ciągu wielomiesięcznej kontroli. Omawia rzadkość przejścia bloku całkowitego w blok częściowy, *bloc alterné* autorów francuskich. Leczenie sprowadza się do podawania efetoniny — w danym przypadku 3 razy dziennie po 0,05 i *barium chlor*.

W dyskusji nad pokazem zabierali głos kol. kol. Bender, Frenkiel i Kryszek.

2. Kol. K. Ściesiński wygłosił odczyt pod tytułem: *„Plasmocytoma"*. Odczyt był ilustrowany szeregiem rentgenogramów i preparatów makro- i mikroskopowych.

W dyskusji: Kol. Turyn przytacza opisany przez siebie przypadek szpiczaka. We krwi obwodowej nie było retikulocytów; w moczu — zmniejszona ilość urobiliny; diureza duża — do 2000,0 moczu; w moczu białko Bence-Jonesa; ilość mocznika we krwi normalna, w moczu zmniejszona. Stała Ambarda zwiększona, dalej przerost serca, jak przy nadciśnieniu (PP 140/130).

Chory nie miał skrobiawicy. Wydolność nerek była zmniejszona. Chory zmalał o parę centymetrów.

Kol. Kocen spostrzegał dwa przypadki szpiczaka; jeden nie doszedł do sekcji; drugi przypadek razem z kol. Iwaszkiewiczem. We krwi było myeloblastów od 50% do 70%; ilość retikulocytów w jednym przypadku zwiększona; ilość białka we krwi była zwiększona. Ostatni ten objaw ma być charakterystycznym dla szpiczaków.

Kol. Ściesiński *w odpowiedzi* zaznacza, że nie stwierdził skrobiawicy; odczyny oksydazowe i paraoksydazowe były ujemne.

3. Kol. Fajwlewicz wygłosił: *„Sprawozdanie z V kursu lekarskiego fundacji Tomarkina w St. Moritz"* ze szczegółowem omówieniem alergoz odżywczych i awitaminozy B. I.

W dyskusji zabierali głos kol. kol. Polak, J. Kon i referent.

Protokół posiedzenia z dnia 20 grudnia 1933.

1. Kol. S. Minc wygłosił odczyt p. t.: *„O niemiarowości całkowitej tętna"*. (P. G. L. Nr. 25. 1934).

W dyskusji zabierali głos Kol. Frenkiel, Bender i prelegent.

2. Kol. J. Itelson wygłosił odczyt p. t.: *„O atypowych postaciach niedokrwistości złośliwej"* (praca ukaże się w druku).

W dyskusji zabierali głos kol. kol. R. Bornstein, Tenenbaum, Polak, Frenkiel i prelegent.

Sekretarz: *Dr. A. S. Tenenbaum.*